Lane Medical Library

Aus der Psychiatrischen- und Nervenklinik zu München
Vorstand: Geheimer Rat, Professor Dr. O. Bumke.

Die Bedeutung der präpsychotischen Persönlichkeit für das klinische Bild der Paralyse.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ottmar Oeschey

München.

MUENCHEN 1928
BUCHDRUCKEREI MAX SCHICK, SCHÖNFELDSTRASSE 11.

Aus der Psychiatrischen- und Nervenklinik zu München.
Vorstand: Geheimer Rat, Professor Dr. O. Bumke.

Die Bedeutung der präpsychotischen Persönlichkeit für das klinische Bild der Paralyse.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Ottmar Oeschey

München.

MUENCHEN 1928
BUCHDRUCKEREI MAX SCHICK, SCHÖNFELDSTRASSE 11.

Gedruckt
mit Genehmigung
der medizin. Fakultät
der Universität
München.

*

Referent:
Professor Dr. A. Bostroem.

Angelpunkt aller Paralyseprobleme ist immer noch die Frage nach der letzten Ursache der Paralyse, die Frage, warum nur ein geringer Bruchteil aller Luetiker derartig psychotisch erkrankt. Trotz zahlreicher Forschungen, Experimente und theoretischer Erwägungen hat weder das Suchen nach einer Besonderheit, Abart oder Umstimmung der Spirochäte, noch nach mitbedingenden Komponenten exogener Art, sogenannten Hilfsursachen, noch nach endogenen, konstitutionellen Gründen bis heute zum Ziel geführt.

Den Glauben an die bedeutendsten Hilfsursachen hat der Krieg entkräftigt, Untersuchungen von Kollmeier (25) und Herzig (15) ergeben, dass der Krieg weder Häufigkeit, Inkubationszeit, Verlauf, noch Form und Färbung der Paralyse beeinflussen konnte. Die Untersuchungen anderer disponierender Ursachen wie erbliche Belastung mannigfacher Art, „Degeneration" und Alkohol verebbten in zahlreichen Statistiken, deren wesentlichstes die Tatsache ist, dass sie sich alle widersprechen (u. a. Naecke (28), Dreyfus (10), Kalb (21), Pernet (34), Meggendorfer (33), Scharnke (38).

Man ist damit dem Grundrätsel der Paralyse nicht näher gekommen. Jahnel (19), der besonders auf die Spirochätenbiologie hinweist, fasst das Problem schliesslich als ein Problem mangelnder oder umgestimmter physischer Reaktionsfähigkeit auf die Spirochäte; auf den gleichen Punkt gelangten Meggendofer (32) und Kehrer (23).

Das Grundproblem der Paralyse ist aus psychiatrischen Bezirken ins Gebiet des Immunbiologischen verschoben. Wenn die These „Paralyticus nascitur atque fit" heute noch Gültigkeit besitzt, so hat sie das wohl nur im Sinne einer immunbiologischen Betrachtung. Auf die Annahme psychischer Konstitution als disponierendes, bedingendes Moment für die Paralyse muss verzichtet werden.

Ein neues Problem wächst aus der Erforschung der konstitutionellen Kräfte: die Frage nach den Beziehungen der psychischen Konstitution zur individuellen Ausprägung der Paralyse, das Suchen nach einem Zusammenhang zwischen ursprünglicher Wesensart und klinischer Erscheinungsform.

Dem Herkommen nach unterscheidet man von einer einfachdementen eine expansive (oder manische), eine depressive und eine agitierte Form, man spricht neben manischen, melancholischen, paranoiden und schizophrenen Erscheinungstypen von Zustandsbildern, die durch Sinnestäuschungen oder durch katatone Syndrome gekennzeichnet

sind. Dem „Achsensymptom", der paralytischen Demenz, ist das „Randsymptom" (Hoche (16), Bumke (8)) angelagert, das der Paralyse ihre vielfältige Gestalt gibt.

Die Fragestellung ist so: besteht eine gesetzmässige Beziehung zwischen präpsychotischer Persönlichkeit und Paralyse in dem Sinne, dass das Präpsychotische formbestimmend in dem organischen Zerstörungsprozess sichtbar bleibt — oder nicht? Lässt sich aus dem prämorbiden Leben eine Brücke in das paralytische Erscheinungsbild schlagen, die uns manche Symptome näher bringt oder gar erklärt?

Bleuler (2) sagt, allerdings ohne Unterlagen zu geben, „unter den psychischen accessorischen Symptomen beherrschen endogene affektive Schwankungen manischen und melancholischen Charakters sehr häufig das äussere Bild" — und in einem anderen Zusammenhang (5), „haben doch je nach der familiären oder individuellen Anlage die Paralysen und senilen Krankheiten mehr affektiven oder mehr schizophrenen Typus, oder, wenn beide Anlagen wenig ausgesprochen sind, den der „reinen" organischen Krankheit".

Skeptischer meint Bumke (8) „immerhin wäre es möglich, dass nicht nur die mehr schizophrenen, sondern unter Umständen auch die mehr manischen, melancholischen oder paranoiden Tönungen eines paralytischen Bildes in letzter Linie durch die präpsychotische Persönlichkeit bestimmt würden"; ausdrücklich fügt der Autor hinzu, dass ein solcher Zusammenhang „bis heute durchaus nicht bewiesen" ist.

Die vorliegenden Untersuchungen bemühen sich, einem derartigen Zusammenhang nachzugehen. Aufgabe ist, in erster Linie nach endogenen Bedingungen zu forschen, die auf das Symptomenbild formbestimmend wirken, weiterhin zu sehen, ob wesentliche Züge aus der prämorbiden Persönlichkeit in der Psychose wiederkehren und in welcher Art, ob deutlich sichtbar, verfärbt oder umgestimmt, schliesslich, ob sich für etwaige Persönlichkeitsumwandlungen eine gesetzmässige Formel finden lässt.

Wenige Autoren sind auf solche Zusammenhänge eingegangen. Fauser (12) sprach sich im Anschluss an die Beobachtung einer Paralyse mit manisch-depressiver Tönung im Sinne des Themas bejahend aus, Pernet (34) betont auf Grund der Untersuchung von 116 Fällen, dass unter anderem „depressive, indifferente, reizbare Psychopathie" den depressiven und „euphorische Psychopathie" den expansiven Verlauf begünstigen, er kommt zu folgendem Ergebnis:

„Der organische Prozess verändert die Affektivität nicht in qualitativer (zumindest nicht nur in qualitativer), sondern in quantitativer Hinsicht. Er wirkt affektsteigernd." Dem pflichtet Kehrer (23) bei, nach dessen Ansicht die Randsymptome „in der Hauptsache auf Enthemmung

oder Verstärkung bald mehr latenter, bald mehr manifester, im wesentlichen durch die Erblichkeitsgesetze bestimmter Züge der Persönlichkeitsanlage hinauslaufen". Seelert (43) bejaht ebenfalls die Bedeutung des Endogenen als eines formgebenden Faktors im paralytischen Symptomenbild.

Gegensätzlich stellt sich Raecke (37), nach dessen Ansicht ziemlich wahllos jeder psychotischer Symptomkomplex im Verlauf der Paralyse auftreten kann.

Der Bedeutung einzelner Symptomkomplexe gehen Kalb (21), Bleuler (5) und Kehrer (23) nach.

Kalb findet bei einheitlich mit manisch-depressivem Irresein belasteten Paralysen gesetzmässig eine affektbetonte und bei Belastung mit Dementia praecox eine demente Form.

Bleuler glaubt, dass in der Paralyse „die syntonen Eigenschaften besonders hervortreten und ausgesprochene schizophrene Autismen und Absperrung dabei in lebhaft nach aussen gerichtete Affektivität übergehen kann"; daran knüpft der Autor selbst die Frage: „In welchem Falle macht nun die organische Hirnkrankheit den bisher latenten schizophrenen Symptomenkomplex frei bis zur katatoniformen Paralyse und in welchem „löst" sie die schon bestehende Schizophrenie bis zur völligen Flüssigkeit der Gefühle?"

Kehrer wirft die Frage auf, ob die hypochondrischen Wahnideen, die Angstzustände und die katatonen Syndrome mancher Paralysen „hereditär bezw. konstitutionell angelegt" seien oder ob sie „nur ein Stück symptomatischer Psychose — etwa im Sinne von Hauptmanns Eiweisszerfalltoxikosen — im Aufbau der Paralyse darstellen" würden. Der Autor nimmt für den schizophrenen Formkreis die „stumpf-demente Form" in Anspruch.

Entgegen C. Neisser (29), der in der Paralyse nur eine grobe Umwandlung der Persönlichkeit, eine frühzeitige „Charakterdepravation" sieht, fordert Pönitz (36) eine psychologische Betrachtung.

Pönitz weist auf den Wegfall „all der Verfälschung, die Kultur und Zivilisation mit sich bringen" und verneint die Möglichkeit einer anatomischen Erklärung für das qualitativ Seelische oder dessen Veränderungen.

Rein psychologisch ist der Versuch von Schilder (40) unter Zuhilfenahme analytischer Methodik. Nach derselben Richtung gehen die Beobachtungen und hypothetischen Deutungen von Hollos und Ferenczi (18), die bei aller vorgefassten Schematisierung interessante Probleme anschneiden.

Die beiden Autoren halten für das Wesentliche die (unbewusst gedachte) „Verdrängung des Lueskomplexes" und die Stellungnahme des Individuums

zu dem ungeheuerlichen Trauma des paralytischen Destruktionsprozesses, aus der sie die accessorischen Erscheinungen ableiten wollen. Je nach der „gelungenen" oder „misslungenen Verdrängung" kommt es nach ihrer Ansicht zur euphorischen Maske oder zum depressiven Gesicht.

Selbst wenn man diese Hypothese annehmen wollte, müsste man sich Rechenschaft geben über die Frage, warum diese Verdrängung beim einen „gelingt", beim anderen nicht. Somit ist nichts erreicht, es bleibt die Notwendigkeit, das Endogene, die persönliche Struktur jedes einzelnen Kranken zu erforschen.

Es wäre wünschenswert, dass einer Untersuchung von Persönlichkeitsveränderungen ein allgemeingültiges System zugrunde läge, das den Gegenstand dieser Untersuchungen, den Begriff, das Wesen dessen, was wir Persönlichkeit nennen, klar umreissen und durch erschöpfende Gliederung einer Erforschung der Einzelpersönlichkeiten Richtung geben könnte. Ein solches System steht nicht zur Verfügung. Es gibt mehrere Versuche von Typenordnungen und Charakteraufbausystemen (s. Hoffmann) (17). Man pflegt die Persönlichkeit in Temperament und Charakter zu gliedern. Das sind hypothetische Begriffe von heuristischer Bedeutung. Unter Temperament versteht man das Naturell, die Affektivität, die individuelle Reaktionsmöglichkeit nach aussen; unter Charakter (im wertenden Sinne) den Kern des Persönlichen, Ichgemässen, den Willensteil der Persönlichkeit.

Ewald (11) versteht unter Temperament oder „Biotonie" etwa Intensität, Tempo und Vitalgefühl der Persönlichkeit, unter Charakter die Gesamtheit von Triebrichtungen und Reaktionen auf Umwelt und Erlebnis, er sieht im Temperament das „Quantitative" und im Charakter das „Konstruktive" und „Qualitative".

Kretschmer (27) erkennt den Charakter als „die Gesamtheit aller affektiv-willensmässigen Reaktionsmöglichkeiten"; Psychästhesie, Stimmungsfarbe, psychisches Tempo und Psychomotilität hält er für temperamentbedingte Qualitäten.

Die Charakteraufbaulehre von Klages (24) versucht das Einzelwesen in seiner Gesamtheit zu erfassen. Klages gliedert die Persönlichkeit in drei Zonen: des Stoffes, des Gefüges und der Artung.

Im Stoff (Material) begreift er das Quantitative, das Kräftekapital, die Begabungen, die Mengeneigenschaften. Zum Gefüge (Struktur) rechnet er Gefühlserregbarkeit (Affektivität), Willenserregbarkeit (Temperament) und ihr Äusserungsvermögen (Naturell), die Kategorie der Ablaufsweise psychischer Vorgänge, insgesamt Verhältniseigenschaften. Artung (Qualität) sind ihm die Triebfedern (Interessen), die persönlicheu „Wollungen" und „Strebungen", kurzweg Richtungseigenschaften.

Alle Unterschiede des Charakters gehen nach Klages auf das wechselnde Mischungsverhältnis der beiden Grundtriebfedern, des Selbstbehauptungstriebes und des Selbsthingebungstriebes zurück.

Demnach handelt es sich in der Paralyse in erster Linie um die Zerstörung der stofflichen Persönlichkeitssphäre; Aufgabe vorliegender Untersuchungen ist die Vergleichung von Artung und Gefüge der präpsychotischen Persönlichkeit mit dem klinischen Bilde.

Wegweisend für die Erforschung des Präpsychotischen sind besonders die eindrucksvollen Untersuchungen Kretschmers (27) mit der Kennzeichnung des zyklothymen und des schizothymen Temperamentstypus. Kretschmer glaubt alle Menschen in diese beiden Formkreise einbeziehen zu können. Man wird suchen müssen, ob sich nicht noch andere Konstitutionstypen finden und namentlich auch nach hysterischer und paranoischer — oder wie Ewald sagt, „hyponoischer“ [1]) Veranlagung fanden. Bleuler (5) hat, von Kretschmers Typen ausgehend, seine beiden Reaktionsformen des Syntonen und des Schizoiden aufgestellt, deren Nebeneinander er bei jedem Menschen annimmt. Nach ihm unterscheidet man folglich zwischen „vorwiegend synton“ und „vorwiegend schizoid“. Bostroem (7) schlägt statt des Schizoids den Ausdruck „dyston“ vor.

Die Erforschung der ursprünglichen Wesensart der Kranken hat den mühsamen Weg über die Angehörigen zu gehen, sie muss sich der objektiven Schwierigkeiten dieses Weges, der Verschiedenwertigkeit der Aussagen von Angehörigen bewusst bleiben, wie der subjektiven Bedingtheit persönlicher Schau. Sie hat kein anderes Hilfsmittel als die Zusammentragung und Knüpfung möglichst zahlreicher Züge und Einzelheiten. Jene Sphäre, in der die Erscheinungen noch ganz ineinander verschwimmen und die Grenzen zwischen gesund und krank noch nicht gezogen sind, der Beginn der Paralyse, erfordert besondere Aufmerksamkeit. Hier ist bei der nachträglichen Beurteilung der Vorgeschichte grösste Vorsicht am Platze. Nicht jede Charakterveränderung eines Menschen, der später paralytisch wird, ist Ausdruck der beginnenden Psychose; man hat auch an physiologische Persönlichkeitsveränderungen zu denken und exogene Einflüsse, wie etwa des Krieges und der Revolution zu berücksichtigen.

Unter Beachtung solcher Gesichtspunkte wurden Untersuchungen an Paralytikern der Psychiatrischen- und Nervenklinik zu München angestellt. Es handelt sich zunächst um 11 Fälle, die während ihres Aufenthaltes persönlich untersucht und deren genauere Vorgeschichten durch Rücksprache mit den Angehörigen gewonnen wurden.

---

[1]) Zitiert nach Mayer-Gross (31).

Massgebend für die Auswahl war die Möglichkeit einer objektiven Anamnese. In sämtlichen Fällen ist die Diagnose sichergestellt. Der Kürze halber wird hier auf die Aufführung des körperlichen Status im einzelnen, auf neurologische und serologische Befunde verzichtet.

1. Ulrich P., städtischer Verwaltungsbeamter, 44 Jahre alt, verh., geb. 13. 10. 81. Aufnahme: 19. 4. 26.

Ein Bruder körperlich und geistig schwach, gestorben an Lungentbc. Eine Schwester seit ihrem 40. Lebensjahr in einer Irrenanstalt, angeblich wegen Verfolgungswahnes, früher starke Alkoholkonsumentin.

Keine Absonderheiten im Kindesalter. Volksschule, Präparandenschule. Buchhalter. Von 1910 bis 1919 beim Militär, Bezirksfeldwebel; während des Krieges im Bezirkskommando. Seit 1919 Verwaltungsbeamter, Stadtrat. Seit 1911 verheiratet, Frau angeblich gesund, ebenso die drei Kinder.

1910 angeblich gonorrhoische Infektion, kein Ulcus; jedoch Behandlung mit Injektionen und Schmierkuren, öfters Blutuntersuchungen.

Beginn der Erkrankung etwa August 1925: zunehmende Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, psychisch seit einem halben Jahr verändert. Ohnmachtsanfall vor 14 Tagen.

Gross, kräftig, gut ernährt, leichter Fettansatz.

Bei der Aufnahme orientiert, gehobene Stimmung, euphorische Weitschweifigkeit. Keine Merkstörung, Urteil gut. Affektlabil, Zwangsweinen. Grössenideen nur angedeutet, einwandfreie Autoanamnese.

Er sei nervenkaput, sonst der beste Arbeiter, ein Genie, kann Tag und Nacht arbeiten. Will nach Hause, hat eine Villa von phantastischem Wert. Nach einigen Tagen unruhiger, drängt gewaltsam hinaus, droht mit Einsetzung einer Regierungskommission zu seiner sofortigen Befreiung. Springt unvorhergesehen aus dem Bett, ohrfeigt andere Patienten, muss mit Mühe zurückgehalten werden, um nicht Schwächere und Moribunde zu misshandeln. Wenn er mit stärkeren, gewalttätigen Kranken zusammen ist, stellt er sich ängstlich unter den Schutz des Pflegers. Besuchern gegenüber schimpft er dauernd über Misshandlungen von seiten der Pfleger.

In wenigen Wochen zusehends ruhiger. Heiter, ansprechbar, redet gerne, kommt sogleich in Kontakt. Hie und da gebrochenes, krampfhaftes Weinen, besonders, wenn er von seiner Familie und vom Tod eines Bruders spricht. Spielt dem Berichterstatter gegenüber mit Vorliebe den gebildeten Mann, der sich gern mit Akademikern unterhält; schimpft dann in brutalsten Ausdrücken auf Kranke und Pfleger. Offensichtlich erfreut, wenn man sich mit seiner Person beschäftigt, täglich freundlicher und entgegenkommender. Sobald sich ein anderer Patient mit ins Gespräch mischen will, macht er geheimnisvoll aufmerksam, dass dieser die asiatische oder chinesische Syphilis habe; das nimmt immer mehr zu, er warnt förmlich vor jedem, alle haben die Syphilis, nur er nicht. Er beschwert sich, meint, er könne angesteckt werden, verlangt, dass solche minderwertige Menschen in ein eigenes Lazarett getan werden sollten. Belustigt meint er auf die Frage nach seiner eigenen Infektion, er habe nur ein „kleines Tripperl“ gehabt.

Den ganzen Tag mit Schreibarbeit beschäftigt, schmiert jeden Zettel, jeden Zeitungsrand mit Eingaben an die Regierung voll. Seine Schriftstücke sind äusserst flüchtig. Das wesentliche dieser hastigen Tätigkeit ist eine Fortführung seines früheren Dienstes im Wohlfahrtsamt. Er macht z. B eine Eingabe um Auszahlung eines Gehaltes an einen Kranken, der gelegentlich beim Servieren hilft, stellt Anträge, dass Pfleger wie Aerzte in höhere Gehaltsklassen versetzt würden, schreibt eine „letztwillige Verfügung“ für einen Sterbenden; alles mit grösster Wichtigkeit. Spricht oft von seiner Militärzeit, ist sehr stolz auf sein Soldatentum. Tut so, als ob er im Felde gewesen sei, nach den Zusammenbruch 1918 gefragt, meint er wichtig, man habe halt seine Fahnen anständig heimbringen wollen — ohne jemals im Felde gewesen

zu sein. Sein Haar will er „kurz-militärisch“: oft prahlt er mit der Zuneigung seiner Offiziere für seine Person. Wenn ihm ein Arzt nicht gefällt, meint er kritisch: „Das ist kein Soldat“.

7. 5. 26. Malariainfektion. Inkubation 14 Tage.

Während des Schüttelfrostes wird die sonst versteckte ängstliche Komponente deutlich. Unruhig, jammernd, Angst vor dem Sterben. Hilflos umhersuchend. Dabei sehr lenkbar, weichlich. Später prahlt er mit der Höhe seines Fiebers. Kümmert sich beständig um innere Angelegenheiten der Klinik, Dienstordnung und Gehälter. Ueber den Direktor, der sich nach seiner Meinung zu wenig um ihn kümmert, äussert er: „Ich mein, den bauen wir ab.“ Nachher bekennt er lachend, er reisse jedem zuerst den Kopf herunter, setzte ihn dann schon wieder auf: er sei immer schon ein Narr gewesen. Sinn für Witz und Humor, gute Proben seiner Merkfähigkeit und seines Gedächtnisses, immer exakte Angaben.

Zwei Monate nach der Aufnahme wesentlich gebessert. Ruhiger, sachlicher, weniger hartnäckig in seinen Wünschen, nur gelegentlich aufbrausend. Der Sinn seiner Briefe und Eingaben ist leidlich vernünftig. Selbstgefällige Witze. Tut immer so, als ob er allein den Dienst der Pfleger aufrechterhalten könne. Brüstet sich immer mit seiner ordentlich-bürgerlichen Gesinnung, schimpft kräftig auf die Roten und Kommunisten. Pfleger, die er nicht leiden kann, sind Kommunisten.

Gleichbleibende Interessen: Beamtenpolitik, Abbaumöglichkeiten, Gehaltsklassen und Pensionsverhältnisse. F. liest eifrig Zeitungen und Genossenschaftsorgane, beurteilt das Gelesene richtig, immer mit betonter Wichtigkeit. Er müsse sich an den Sitzungen beteiligen, er sei jetzt notwendig usw. Er habe ja immer für andere Leute gearbeitet, er könne nicht anders. Seine Krankheit, „Neurasthenie und Nervosität“ sei verursacht durch seine 25jährige Dienstzeit und den aufregenden Parteiverkehr für die notleidende Bevölkerung.

Zusehende Besserung. F. wird übertrieben höflich gegen den Berichterstatter, springt diensteifrig aus dem Bett, holt einen bequemen Stuhl, dankt für den Besuch. Seine Höflichkeit ist begleitet von einem devoten und zugleich selbstgefälligen Lächeln. Offensichtliches Bemühen zu imponieren. Gegen seine Frau ist F. wesentlich hartnäckiger und drängender, er hat zahllose Wünsche. Um seine Kinder sorgt er sich sehr, ebenso um seine eigene Zukunft: er will einen Erholungsurlaub antreten, um dann wieder seinen Dienst aufnehmen zu können. Beständig klagt er über seine gezwungene Untätigkeit, er bittet herzlich um Entlassung.

Ein weicher, kordialer Zug wird zusehends deutlicher. Aeusserungen etwas verlangsamt, müder Gesamteindruck, Benehmen ganz unauffällig. Der Kranke schreibt ein ordentliches Gesuch an die Direktion um Entlassung: es ist etwas weitschweifig, pedantisch in nummernmässiger Aufzählung seiner Verhältnisse, aber fehlerfrei geschrieben und sachgemäss.

F. zeigt reges Interesse für andere Kranke, für die Fiebertherapie und dergleichen. Man kann ruhig mit ihm über die ersten Phasen seines Klinikaufenthaltes sprechen. Er weiss alles, ausgenommen die Aetiologie seiner Krankheit.

Er bittet seinen Bruder um Vermittlung eines Beichtvaters, bei dem er nachher eine Beichte ablegt, heuchelt aber, er wolle das gar nicht, das habe nur seine Frau veranlasst. Mit einem deutlich erkennbaren, ängstlichen Unterton fragt er, was wohl geschehen wäre, wenn das Fieber nicht gewirkt hätte, und ob er wieder ganz so wie früher arbeiten könne. Sachlich spricht er über seine Ueberführung in die Anstalt Haar. Er fürchtet nur, dass er „abgebaut“ werde, wenn er in einer Irrenanstalt gewesen sei.

12. 7. 26: gebessert entlassen in die Anstalt Haar.

F. war ein kräftiges, gesundes Kind, hat gut gelernt, kam vorzeitig aus der Mittelschule aus Mangel an Interesse. Von Hause aus weich, gutmütig, sehr verträglich. Galt immer für einen Gemütsmenschen, konnte leicht weinen, war sehr traurig beim Tode seiner Mutter, man sagte, er sei der beste von

den Geschwistern. Furchtsamer als die anderen, hatte als Kind Angst vor Einbrechern, fürchtete sich noch mit 17 Jahren des Nachts. Religiös erzogen, ging gern in die Kirche. Nach dem Tod des Vaters fehlte ihm die Zucht, er wurde leichtsinnig, trank sehr viel (schon mit 15 Jahren). Auf Zureden eines älteren Bruders, dem er sich weitgehend unterordnete, blieb er beim Militär. Begeisterter Soldat, stolz, pünktlich, ehrlich; immer pflichtbewusst und stramm. Im Krieg freilich wusste er sich in der Garnison „unabkömmlich" zu machen. Unter dem Zusammenbruch des Vaterlandes litt er schwer, er wurde sehr traurig.

In der Ehe lenkbar, gutmütig, mit Güte habe man alles bei ihm erreichen können. Er habe nichts in sich hineingedrückt, sondern immer ordentlich gepoltert, zuweilen wurde er grob.

Insgesamt natürlich, heiter, gesellig, „alles eher wie ein Einspänner". Musizierte sehr gerne, spielte mehrere Instrumente. Sein Mitgefühl und seine innere Hilfsbereitschaft prädestinierten ihn für das Wohlfahrtsamt. Darum bekannt bei den Leuten: „Der F. macht es schon." Gegen seine Kinder gütig, besorgt um ihre Zukunft, sehr sparsam. Aeusserst tätig in Vereinen und Genossenschaften, hatte es immer wichtig. Die Frau macht ihm den Vorwurf, dass er sich zuviel um andere gekümmert habe. Ein Bruder meint, er habe in seiner lebhaften Art immer schon zuviel geredet.

Der Beginn der Erkrankung war ein allmählicher, schleichender. Erste Andeutungen etwa ein Jahr vor Einlieferung: F. wurde reizbarer, aufgeregter, hastiger, arbeitete immer mehr, machte seiner Frau unbegründete Vorwürfe. Zunehmende Vergesslichkeit, Verschwendung, Unstetigkeit. Redete viel durcheinander, ideenflüchtig, versuchte nachts zu arbeiten, wurde zornig und grob, wenn man ihn störte; die Kinder durften sich nicht mehr rühren, er war geladen mit Gereiztheit. Dann lief er tagelang fort, betrank sich, fuhr mit Autos, wollte sich ein Haus bauen. Als er einmal nachts auf die Polizei lief, Bier forderte und alles mit Du anredete, schickte man zum Arzt. Die intellektuellen Fähigkeiten waren noch ziemlich intakt: einen Tag vor der Aufnahme spielte er fehlerfrei Klavier, machte seinen Bruder beim Vierhändigspielen pedantisch auf Fehler aufmerksam.

F. scheint einer Betrachtung der psychischen Symptomatologie besonders geeignet, da es bei ihm zu keiner progressiven Demenz kommt, sondern das klinische Bild ganz von individuellen Auflagerungen beherrscht wird. F. ist ein vorwiegend syntoner, unauffälliger, brauchbarer Mensch, ein guter Beamter, selbstbewusst, nicht starrsinnig, sondern anpassungsfähig, leicht zu nehmen, unproblematisch. Sein Temperament spielt nach dem Gütig-Heiteren, dem Weichen und Grob-Cholerischen aus. Dazu eine untergeordnete, ängstlich-furchtsame Komponente. Wesentlich ist die Offenheit des Charakters

Die Paralyse hat ein hypomanisches Gepräge. Die intellektuellen Fähigkeiten bleiben relativ intakt. Zur Ausbildung eines typischen Grössenwahnes kommt es nicht. Wo ein gehobenes Selbstgefühl auftritt, bleibt es immerhin in mässigen Grenzen, die von der beruflichen Tätigkeit vorgezeichnet sind. Unschwer erkennt man in dem Paralytiker den pedantischen Schreiber, den subalternen Beamten, der nach oben die devote Miene aufsetzt und sich nach unten nörgelnd und grob zeigt. In allem tritt die Wichtigkeit seiner eigenen Person zu Tage: auch da, wo er sich devot gibt, tut er es mit dem selbstgefälligen

Anschein besserer Bildung — den anderen Patienten gegenüber. Offenbar wird besonders die ängstliche Veranlagung. Man darf wohl auch die feigen Gewalttätigkeiten gegen andere Kranke auf Angst beziehen. Es zeigt sich darin eine Vergröberung seiner früheren rohen Reaktionsart. Soldatenbewusstsein, Stolz auf gute Qualifikation erscheinen in prahlerischer Verzerrung; oft auch mit einem gesund-witzigen Einschlag. Zusammenfassend lässt sich sagen: Nach einer wesensfremden, neurasthenischen Phase, bei der Gereiztheit und Unbeherrschtheit bemerkenswert sind, tritt auf der Höhe des klinischen Bildes die ungehemmt hypomanische Richtung klar hervor. Im weiteren Verlauf erscheint mehr die andere Grundkomponente der Persönlichkeit, nach dem Gutmütig-Weichen zu. Inhaltlich ist das psychotische Leben eine einfache Fortsetzung des beruflichen Lebens. Das ursprüngliche Temperament bestimmt das klinische Bild Interessen, Willensrichtungen und Spontanität sind im Wesentlichen erhalten, wenngleich nicht so straff wie in der Gesundheit.

2. Johann G., Arbeiter, 30 Jahre alt; geb 10. 11. 95. Aufnahme: 27 5. 20.

Mutter hatte drei Fehlgeburten. Nichts Auffälliges in der Kindheit. Verliess mit 16 Jahren das Elternhaus, ohne jemals zurückzukehren. Laufbursche in verschiedenen Betrieben. Bergarbeiter.

1915 Gonorrhoe und Lues.

1915/17 im Felde. 1916 Verwundung am Arm, 1917 Streifschuss am Hinterkopf und „Verschüttung".

1924 Wismutkur, später komb. Salvarsankur. Nach dem Kriege Arbeiter in Bergwerken; trieb sich dann in zahlreichen Städten umher, lebte angeblich vom Strassenhandel, in der Tat verübte er zahlreiche Betrügereien, Diebstähle und schwere Einbrüche, die es ihm ermöglichten, Erster Klasse zu reisen (Holland, Dänemark, Schweiz). In der Zeit von 1918 bis 1924 fünfmal zu Haft, Gefängnis und Zuchthaus verurteilt. Oktober 1923 gelang es ihm, aus der Strafanstalt Gross-Strehlitz auszubrechen Die Kriminalpolizei suchte ihn als berüchtigten Fassadenkletterer und „reisenden Villeneinbrecher" in Preussen, Thüringen und Bayern. 22. 9. 24. gelang seine Festnahme. Er leugnete, hartnäckig, nach zehnmonatiger Untersuchungshaft wurde er zu drei Jahren Zuchthaus verurteilt.

Auffällig wurde er erst im März 1926, 1. 4. 26. kam er zur Beobachtung in die psychiatrische Abteilung des Gefängnisses.

Gross, hager, stark abgemagert. Auffallend kleiner Gehirnschädel, niedere Stirne, vorstehende Backenknochen.

Seit März 1926 eigenartig verhalten, gespannt, unruhig; blickte starr vor sich hin, sprach wirr. Fragen fasste er richtig auf, teils gab er zutreffende, teils grotesk-widersinnige Antworten. Nannte sich Gott, Christus, 1000 Jahre alt und neugeboren; mitunter gab er sein richtiges Alter an. In der psychiatrischen Abteilung der Strafanstalt dauerte dieser Zustand zunächst an. Dann zunehmende Desorientiertheit. G. weinte, betete, rang die Hände, bat den Arzt um Verzeihung, um dann plötzlich lautauf zu lachen. Bizarre, groteske Gestikulationen. Gesteigerte Unruhe, besonders nachts: Singen, Schreien, Pfeifen, Lispeln, Händeklatschen. Unrein, verweigerte die Nahrung, stand stundenlang in absonderlicher Haltung in der Ecke. Zog im Bett die Decke über den Kopf: onanierte in schamloser Weise. Zusammenhangslose Reden, Zerfahrenheit des Denkens. Plötzlich sprunghafter Umschwung: unstillbarer Heisshunger. Wieder leidlich vernünftige Antworten. Ablenkbar, ideenflüchtig. Nach kurzer Phase

auffälligen Schweigens wieder krasse Euphorie, schwächliche Grössenideen. Gab sich aus als Dichter, Schauspieler und Hamlet. Plötzlich erregt, gewalttätig; zertrümmerte Gegenstände, schrie, onanierte, schmierte Kot. Unmittelbar vor der Klinikaufnahme rascher psychischer Zerfall. Leicht benommen, heisere, schwerflüssige Sprache.—

In der Klinik zunächst ruhig, geordnet, bereitwillig Auskunft gebend. Gute Orientierung, leidlich geordnete Autoanamnese, verschleiernde Angaben über seine kriminelle Tätigkeit. Hie und da dunkle, mystisch-zerfahrene Antworten. Rechnen sehr umständlich und langsam, versagt fast völlig. Erzählt ideenflüchtig, im Tone fester Ueberzeugtheit zusammenhangslose Geschichten; lebhaftes Interesse für die Umgebung. Die Zwiespältigkeit seiner Angaben, gelegentliche Beweise intakten Aufnahmevermögens durch prompte Antworten neben phantastisch-dementen Aeusserungen verstärken zunächst den Verdacht auf Pseudodemenz.

Häufige Wiederholung folgender mysteriöser Geschichte: Sein Bruder, der als kleines Kind gestorben, sei in einem gläsernen Sarge gelegen, sei einbalsamiert worden und habe dann dreimal gelächelt. Jetzt sei er von den Toten auferstanden, er lebe in Berlin unter dem Namen Th. S. (ein Bekannter des G., dessen Pässe er benützte.) Er habe seinen Bruder im Gefängnis wiedergesehen und als Hamlet erkannt, mit ihm ein Bankunternehmen gegründet, sie seien aber aufgekommen und Hamlet habe 2½ Jahre Zuchthaus bekommen. Er selbst sei Hellseher geworden durch einen Druck auf die Augen, habe zahllose Visionen gehabt, Himmel, Sterne Jesus und die Engel. Er solle in die Welt ziehen, am besten gleich nach Indien. Dann habe man ihm die Gedanken weggenommen, er sei wie tot dagelegen. Aber er habe alle Menschen bezwingen können, seine Regenten seien nach Stadelheim verlegt worden. Früher sei er krank gewesen, jetzt fühle er sich gesund.

Verkehrt gerne mit Patienten, hilft bei kleineren Arbeiten mit. — Jähe Wendung: Unruhe, Streit, Angriff auf andere Kranke. Wachabteilung. Selbstgeschäftig im Bett, beschmiert Zettel mit zittrigen, zerfahrenen Zügen, „Briefe" an seine Braut. Groteske Zeichnung mit der Aufschrift „Mussolini." Auf einen grossen Bogen gewollt prunkende pathetische Züge „Verse, Gedichte", wie er sagt. Reime stereotyper, monotoner Silben, daran häufig die Worte „Ordnung", „Pflicht", „Gesetz". „Deklamiert" stundenlang aus „Hamlet", prahlt, das habe er alles gespielt, er sei prominenter Schauspieler in Berlin. Weiss einige Aeusserlichkeiten aus der Totengräberszene und aus einer Szene der Ophelia: groteske „Reime" ranken sich pathetisch, gelallt, oder gestammelt um diesen Inhalt. Dabei heftiges Gestikulieren und Grimassieren. Oft zückt G. seine Figur dolchartig nach dem Angeredeten, dann wieder übertrieben freundlich, in einer gesuchten Art elastischer Eleganz. Prompte Antwort auf Fragen, dann plötzlich selbstbewusst: „Soll ich was vortragen?" unaufhaltsames Deklamieren.

Beständig mysteriöse Geschichten. Alle Toten kommen wieder, er selbst kann das bewirken durch den Samen des Geistes, alles geht auf Christus zurück. Er ist Hellseher und Arzt, war auf sämtlichen Universitäten, hat einen Blinden geheilt. Wenn man ihn an seine Einbrüche erinnert, lächelt er liebenswürdig, schreit plötzlich aus verzerrter Mimik heraus „Fassadenkletterer!!" Dann ganz still, murmelt leise: „Das ist ja alles gar nicht wahr". Im nächsten Augenblick erzählt er prahlerisch, wie er in ein Hotel eingestiegen sei, von Balkon zu Balkon, über die Dächer weg: „Ha – schauerliche Sache!" Zeigt Muskeln, Narben, Kriegsverletzungen. Springt inmitten der Unterredung aus dem Bett, läuft durch den Saal, fasst Kranke an den Ohren, lacht, verzerrt das Gesicht, kehrt mit geradezu eleganter Flanke über das Bettgestell auf sein Lager zurück, erzählt ruhig weiter. Er habe zuviel geliebt, seine Braut sei ein „wunderbar-teuflisch-wildes Weib", der Graf Soundso habe ihm übrigens seine Tochter angeboten.

Dauernder Wechsel zwischen manierter Selbstbeschäftigung und lautem pathetischen Gerede, zwischen gleichgültig-stumpfer Ruhe und grotesker Ueber-

erregtheit. Wenige Tage vor der Entlassung Hochflut stürmischer Grössenideen: Will eine Brücke nach Amerika bauen, hat Autos, die Elektroplatten aufs Wasser werfen, das dauert 10 Tage und in 10 Stunden ist man drüben. Ist deutscher Kaiser, kauft Berlin, Danzig und Polen zusammen, hat die Kaiserin geliebt, die Kronprinzessin hat 5 Kinder von ihm. Will sich selbst aus Platin machen lassen und mit Brillanten schmücken. Er wird ewig leben, durch eine Kanone wird die Sonne gespalten, Mars und Jupiter sind gemeine Kerle, aber die Venus wird er heiraten. Hat mit Gott gesprochen — „du Hans, du bist der beste Mensch" hat Gott gerufen. Er ist zum Sohne gemacht worden, er ist Gott selbst, ist Johannes der Weise, kann wunderbar singen und tanzen. 28. 6. 26. Ueberführung nach Haar.

Nach dem Bericht seiner Mutter war G. ein gesundes, kräftiges Kind, ohne Besonderheiten. Blieb einmal in der Schule sitzen. Hatte viele Kameraden; mit Vorliebe Jugendstreiche, immer rauflustig, mutiger als die anderen. Zu Hause nachgiebig, gefällig, nie mürrisch. Ging angeblich fleissig in die Kirche. Frühzeitig erwachte der Wandertrieb in ihm. Hatte keine Anhänglichkeit an Familie und Heimat. Leichtsinnig, bedingungslos, ohne Anlehnungsbedürfnis oder Gemeinschaftsgefühl. Allseits lebhaft, rasch. Neigung zum Eleganten und Flotten, zuweilen auch still und versonnen, meist aber aufgeregt, „nervös".

Th. S., Berlin, gibt eine ausführliche Schilderung der Persönlichkeit des G. aus dem Jahr 1923/24 (2 Jahre vor offenbarem Ausbruch der Paralyse). G. war damals eine kräftig-hagere Erscheinung sehnig-straffen Wuchses, äusserst wortkarg, machte niemals Angaben über seine Vergangenheit, seine Tätigkeit und seine Absichten. Trank viel Cognak, rauchte tägl. 30 Zigaretten. Auffällig verschlossen, schwer zu verstehen, grüblerisch, schien oft wie geistesabwesend dazusitzen. „Im Grunde ein sehr ernster Mensch, der das Lachen wohl nie gelernt hat". Meist verträglich, ein guter Kamerad, doch masslos jähzornig, überaus reizbar. Seine Handlungen jäh, sprunghaft, unberechenbar. So soll er einmal im Wirtshaus einen Herrn, der ihm im Scherz ans Knie fasste, einen derartigen Schlag versetzt haben, dass er langhinschlug. Er zeigte sich gern in fröhlicher Gesellschaft, ohne selbst dem Sinne nach dabeizusein: aufgelegt zu Mutwilligkeiten und Ulk, immer nur äusserlich beteiligt. Scheinbar gutmütig freundlich, in Wahrheit aber ungesellig, zurückhaltend, scheu, empfindlich, ernst, ein Sonderling. Las sehr viel, besonders Dramen Shakespeares.

Diese Angaben beleuchten eine gewisse Gegensätzlich und Disharmonie seines Charakters, sie geben nur eine Seite: über die andere berichtet die Polizei. Sie bezeichnet G. als durchtriebensten Verbrecher. Sie anerkennt seinen persönlichen Mut, durch den er sich wiederholt der Festnahme entzog — er sprang einmal 4, einmal 6½ m von der Fassade ab — und die Geschicklichkeit seiner Unternehmungen.

Es gelingt nicht über den Beginn der Erkrankung ins Klare zu kommen. Es fragt sich, was zugleich für die gerichtliche Psychiatrie von theoretischem Interesse ist, ob G. nicht schon zur Blütezeit seines Verbrechertums paralytisch war. Man könnte sich denken, dass eine manische Phase der beginnenden Paralyse die Unternehmungslust und Hemmungslosigkeit des Verbrechers erhöhte. Dem widerspricht entschieden die Gründlichkeit und Raffiniertheit, die G. dabei kundgab. Er bot weder bei der Festnahme noch während der Untersuchungshaft und Strafverbüssung (zusammen 17 Monate) Anzeichen einer Paralyse.

Dass eine Pseudodemenz das Krankheitsbild anfänglich mitbestimmte, erscheint dem Polizeiarzt annehmbar; genauere Angaben fehlen.

G. ist von Natur aus ein eigenartiger, selbstsicherer Charakter; zunächst ist er unauffällig, hypomanische Züge scheinen im Vordergrund zu stehen, doch lässt sich bei aller Vorsicht gegenüber unkontrollierbaren Aussagen schon aus dem Bericht der Mutter auf eine Gegen-

sätzlichkeit seines Wesens schliessen. Das weitere Leben des Menschen ist beherrscht von dieser Gegensätzlichkeit in allen seinen Zügen.

Eine schwierige, unberechenbare, lockere Persönlichkeit, die sich bis zum Verbrecher entwickelt, zweifellos ein Psychopath.

Das klinische Bild steht in analoger Beziehung zur präpsychotischen Persönlichkeit. Es wird durch Sprunghaftigkeit charakterisiert, durch unstäten, jähen Wechsel zwischen Grössenwahn mit entsprechender Euphorie und negativistisch-katatonen Symptomen mit hebephrenen Tönungen. Mitbestimmend sind manische Züge: es fragt sich, ob die Anlage dazu seit jeher bestand oder ob das Manische erst durch die Psychose aufgetreten ist: man wird wohl an eine mehr untergeordnete, im Lauf der Lebensentwicklung latent gewordene hypomanische Komponente denken müssen. In die Grössenideen mischen sich eigenartig „mystische" Vorstellungen, die in ihrer Bizarrie und Zerfahrenheit dem schizophrenen Denken nahestehen. Dazu die gesuchte Formsucht des Kranken, die manierte, verschrobene Unruhe, die jäh in Gewalttätigkeit ausartet und das Groteske des ganzen Wesens, dazu auch die „Visionen" und Halluzinationen. Interessant ist das Nebeneinander von Hellseherkunst und Macht über die Menschen mit dem Gefühl des Gedankenabzuges, interessant das Haften an der Hamletgeschichte.

Stark betont ist die Triebhaftigkeit des Kranken. Das Ich steht als überragendes Agens, als Retter, Heiland, Gott im Mittelpunkt. Erregbarkeit, Spontanität und in geringerem Masse Richtung des Willens sind erhalten. Das dystone Temperament beherrscht vollkommen das Gesamtbild. Die vorwiegend schizophrene Verlaufsform der Paralyse erwächst auf dem Boden einer dystonen Persönlichkeitsentwicklung.

3. Georg Sch., 55 Jahre, verh. Landwirt, geb. 17. 3. 71.
1. Aufnahme 7. 4. 28. Entlassung: 30. 4. 26. 2. Aufnahme: 1. 5. 26.

Aus der Familie kein pathologischer Befund. Kindheit unauffällig. Arbeitete in der Landwirtschaft, übernahm in jungen Jahren den Hof des Vaters. Drei Jahre aktiv, Fussartillerie. 1914/16 im Feld.

Verheiratet seit 1910 mit gesunder Frau: zwei Kinder. Inf. negatur.

Seit Monaten Blasenstörungen: deutliche psychische Veränderung erst seit einigen Wochen.

Gross, sehr knochig gebaut, gut genährt. (Andeutung von Akromegalie?)

Völlig orientiert. Die mühsame Intelligenzprüfung ergibt schwere Ausfälle. Bei der Untersuchung sehr ungeduldig: lebhaft, hypomanisch. Gute Auskunft über ältere Daten, oberflächliche Autoanamnese. Ist in letzter Zeit öfters umgefallen, blieb liegen bis man ihn aufhob: ein Kind habe ihn aufheben können. Sonst sei er vollkommen gesund. Eine venerische Infektion lehnt er energisch ab: „So was gibt's bei uns nicht!" Alle Angaben haben etwas Rohes, Nachdrücklich-Rechthaberisches. Grössenideen: Riesiger Getreidehandel, 1000 Milliarden Goldmark, neue Anwesen. Sch. fordert sofortige Entlassung, will 3 Millionen Kaution stellen. Gelegentlich Umschlag der aufrechten, selbstbewussten Stimmung in läppisches Weinen.

Gegen ärztlichen Rat wird der Kranke von den Angehörigen abgeholt, aber einen Tag später schon wieder eingeliefert.

Erscheint mit langsamen, unsicheren Schritten, versucht zu weinen, schüttelt sich wie ein Hysteriker, zuckt mit der Gesichtsmuskulatur, macht zitternde Schluckbewegungen. Wirft seine Kleider von sich, unbekümmert darum, wo sie gerade hinfallen. Er ist in München, in der „damischen" Klinik, hat eben Pferde gekauft, will mit dem Auto heimfahren, besitzt ein Schloss und eine Maschine, die täglich 40 000 ℳ macht. Seine Frau sei tot, von den Aerzten umgebracht; man habe mit Dum-Dum geschossen.

Unmenge wirrer Kriegsphantasien, die Zusammenhänge der einzelnen Reden sind sehr unverständlich. Gedächtnis deutlich gelitten, Merkfähigkeit schwer beeinträchtigt, Auffassung intakt, Begriffsbildung und Urteil äusserst mangelhaft, kümmerliche Vorstellungen, Rechnen unmöglich.

2. 5. 26. Impfung mit Malaria.

Liegt nach wenigen Tagen regungslos da, dem Weinen nahe; krampfhaftes Aufstossen, Schluckbewegungen. Wenn man sich ihm nähert, dreht er sich um, vergräbt den Kopf, ausserordentlich kindisches Benehmen. Anscheinend über die Internierung entrüstet, macht zuweilen wilde Augen, droht mit den Fäusten. Dann lebhafter, erzählt in drollig-wichtiger Weise von seiner „Verschüttung", örtlich desorientiert. Im Fieber still, interesselos; körperlich sehr elend. Nach 10 Fieberanstiegen muss die Kur abgebrochen werden. Jetzt ruhig, schläfrig, dement, dumpf. Fast jeden Tag erzählt er, er sei den Morgen eben hereingekommen, bald mit dem Heufuhrwerk, bald mit dem Auto, zuletzt mit dem Minimax, dem neuesten Auto.

Hartnäckig, unbeugsam in seinen Ideen, beim Versuch eines Widerspruchs braust er auf; man kann ihn dadurch zu heftigen, grobschlägigen Affekten bringen, die gegenüber der sonstigen schlaffen Haltung verwunderlich sind. Schimpft plötzlich laut, man habe ihn bestohlen und mit Kugeln beschossen, er aber sei kugelfest; rollt grimmig die Augen.

Zunehmende Demenz, verworrenen Reden. Fährt oft mit dem Auto, scheint das Bett für ein Auto zu halten. Wenn man ihn nach seiner Frau fragt, erklärt er in rasch zunehmendem Affekt, sie sei längst gestorben. Je öfters die Frage, desto heftiger und mürrischer die Antwort. Dann schweigt Sch., starrt leer vor sich hin, hilflos. Sucht einmal ein Kind in seinem Bett, legt sich auf den Boden, um zu telephonieren, trägt einen anderen Kranken in sein Bett. Von Arzt und Schwester will er nichts wissen: er brauche niemand, er sei übrigens selbst Arzt gewesen, immer wenn er Geld gebraucht hätte, habe er Blinddarmoperationen gemacht. Manchmal spricht er von Jagden, Aeusserungen wie „Gamsbock . . . Adlerflaum" kehren wieder, meist aber Kriegsgeschichten.

Er habe „ganze Kompagnien gebannt", ganz England hätten sie zusammengeschossen, über Kiatschou und Peking, nur 4 Stunden weit — Pachtvertrag . . . jetzt hätten wir unsere Kolonien wieder, viel mehr Kolonien, Peking und Kiatschon hätten sie uns nehmen wollen. Das spricht er, ruckartig aufgerichtet mit lebhaftem Gestus, laut, geradezu begeistert.

Vier Wochen später ist Sch. wesentlich lebhafter, affektvoller und ansprechbarer. Er gibt dem Besucher sofort die Hand, man hat Mühe sie ihm zu entziehen. Ideen unverändert, im einzelnen deutlicher. Auf Urteilsfragen lautes, verständnisloses Lachen. Euphorie. Am Tage seiner Entlassung eine neue Welle lebhaften Grössenwahnes: Es geht fort, zur Hochzeit. Eben sei er mit seinem Schwiegervater gekommen, der sei direkt in ein Kellerloch hinuntergefallen, das sei doch zum Lachen. Mit grosser Freundlichkeit lädt er den Berichterstatter zur Hochzeit ein. Dabei wird er plötzlich verlegen, nachdenklich: „Ja woher kenn ich Sie denn . . . sind wir denn verwandt?" Dies nur für einen Augenblick, dann wieder beruhigt und heiter wie zuvor.

12. 6. 26. Entlassung in die Anstalt Gabersee.

Sch. war ein guter Schüler, hielt sich als Kind immer mehr für sich, verkehrte kaum mit seinen Nachbarn. Galt als strammer Bursch, der die Furcht nicht kannte; der Dorfschmied holte ihn immer, wenn er ein wildes Ross beschlagen musste. Immer ein fleissiger, kräftiger Arbeiter, aber die Not war

stets auf seinem Hof. Ging nur selten ins Wirtshaus, rauchte nichts, trank kaum. In Gesellschaft zunächst zurückhaltend, mehr für sich, sobald man von Dingen sprach, die auch ihn angingen, führte er das grosse Wort; übertrieb, prahlte, gebrauchte die saftigsten Ausdrücke, den Worten nach war keiner so stark, keiner hatte so viele schwere Raufereien hinter sich als er. Die Nachbarn nannten ihn einen Lügner und Phantasten. „Jedes Wort, das er sagte, war verlogen". Kein Witz war ihm obszön genug; ein Nachbar meint, Sch. sei ein „richtiger Lebensmensch" gewesen. Gegen andere war er sehr spöttisch; keiner konnte so roh und rachsüchtig sein, als er. — „Wenn er einmal in seinem Feld einen Stein fand, so lagen dafür am anderen Morgen 50 Steine im Feld des Nachbarn" . . .

Streitsüchtig, behauptete grundsätzlich das Gegenteil, Widerspruchsgeist aus Neigung. Sein Wesen war hart, „knochig, wie sein Aussehen". Klagen konnte er nie, er war hartnäckig im Ertragen von Schmerzen, „das muss man aushalten" pflegte er zu sagen, „das ist grad' gesund". Niemand hat ihn jemals weinen sehen, weder beim Tod seiner Mutter noch seiner Tochter.

Seit seiner Hochzeit verändert; die Frau war herrschsüchtig, sie hielt ihn sehr streng; seine Selbstherrlichkeit ging in die Brüche. Er kam nie mehr ins Wirtshaus, gegen die Nachbarn wurde er reizbar und unerträglich. Alles ging nach dem Willen der Frau. War zu seinen Kindern lieblos und gleichgültig, wie gegen die Gattin. Diese behauptet, er habe seinen Sohn einmal blutig geschagen, dass sie ihm mit Anzeige habe drohen müssen. Als Soldat stramm, tüchtig, begeistert. Ging gern ins Feld, nahm den Abschied nicht tragisch, kümmerte sich nie um Urlaub. Wenn man ihm seine Kriegsbegeisterung vorhielt, erklärte er selbstbewusst, wir hätten keine Leute. Er konnte nicht genug bekommen vom Krieg. Nach seiner Rückkehr stiller und zurückhaltender. Sass mit übler Laune daheim, klagte nicht, wollte von keinem etwas wissen. Er habe gar kein „Mundstück" mehr gehabt, meint die Frau. Lebhaft wurde er nur, wenn jemand vom Krieg sprach, dann brach die alte Begeisterung wieder durch, er sprach von nichts anderem als von seinen Erlebnissen, prahlte, schimpfte auf die Franzosen, erklärte, er ginge sofort wieder ins Feld! Erst später, nach Monaten erzählte er von einer „Verschüttung".

Nach der Meinung der Frau hat ihn der Krieg krank gemacht, nach Ansicht der Leute ist die Frau allein schuld an seiner Charakterveränderung. Eine krankhafte Veränderung fiel den Angehörigen erst auf, als ausgesprochene Grössenideen auftraten. Der Uebergang bis dahin ist ein fliessender. Wurde stiller, verschlossener, dabei reizbarer und grob, arbeitete nicht, hockte stumpf herum, liess den Kopf hängen, dann plötzlich unruhig, lief von einem Wirtshaus zum anderen, beging sinnlose Handlungen, bedrohte die Frau mit der Axt, schwelgte in Grössenideen, sagte schon damals, seine Frau sei tot. (Als ihn später seine Geschwister besuchten, erkannte er sie nicht, auf ihr Drängen sagte er gereizt, sie seien alle tot!)

Interessant zur Charakterbeurteilung des Sch. ist dessen Veränderung in der Ehe. Auffallend ist die depressive Verstimmung bei der Heimkehr aus dem Felde. Man kann die Paralyse nicht schon auf 1917 ansetzen. Wahrscheinlich ist die Depression eine Reaktion auf das Kriegserlebnis, das bei Sch. dadurch potenziert wurde, dass er sich nach aussen nichts anmerken lassen wollte und hartnäckig den Begeisterten spielte. Die hochgradige Demenz des Kranken bei der Aufnahme spricht für einen fortgeschrittenen Prozess; Sicheres über den Beginn lässt sich nicht sagen.

Wesentlich für das Charakterbild ist das Hartnäckige, Unduldsame, Starrköpfige wie der Hang zum Flunkern und Übertreiben. Diese beiden

Strebungen geben Sch. das Missfarbene in der Anschauung der Nachbarn. Im psychotischen Leben bleibt beides sichtbar; dazu kommen hysterische Symptome, die auch von Angehörigen lebhaft bezeugt werden. Die Grössenideen haben alle etwas Prahlerisches, teilweise auch Phantastisches, doch wird die Weite der Produktion frühzeitig durch Demenz beeinträchtigt. Eindrucksvoll ist das Auftauchen alter Kriegsbegeisterung im Wahn. Man kann Sch. nicht schlankweg einen Hysteriker nennen, eine Anlage dazu ist zweifellos vorhanden. Er macht Sprüche im Wirtshaus, spielt den Kraftmenschen, bis ihm die stärkere Frau das Rückgrat bricht, wird dann still, sucht sich aber nach aussen durch Gereiztheit, Spottlust und Rachsüchtigkeit zu behaupten. Er verkrampft sich innerlich, wird aus Ehrgeiz wohl ein guter Soldat, spricht effektvoll von Krieg und Kriegsbegeisterung, lässt aber insgeheim den Kopf hängen und erzählt so nach und nach, dass er verschüttet worden sei.

Deutlich kommt das Eigenwillige, Unduldsame in den Grössenideen, besonders in der Art ihrer Äusserung zu Tage. Der Kranke ist unbeugsam, ungeduldig und selbstbewusst; nur zu Beginn der Psychose wird diese Haltung durch wesensfremde Affektlabilität durchbrochen — zugleich unter Vorherrschen hysterischer Symptome. Gewissermassen als Ausgleich der Misswirtschaft und Not des Lebens kommt es in der Phantasie zu grosszügigen Geschäften und Reichtum; die feindliche Gattin wird hartnäckig totgesprochen. Es handelt sich hier nicht um eine gelegentliche, einmalige Äusserung, sondern um eine sehr wesentliche, anhaltende Idee. Erhalten ist am ehesten die Willensrichtung. Spontanität und Selbstbeherrschung sind erheblich abgebaut, typisch ist der Mangel an Geduld. Im Lauf der Krankheitsentwicklung verschiebt sich das Temperament mehr zum Euphorisch-Heiteren.

4. Reinhold St., 54 Jahre, verh. Kaufmann; geb. 6. 5. 72. Aufnahme: 22. 5. 26.

Vater starb durch Selbstmord, ebenso eine Nichte väterlicherseits. Asthma bronchiale fünffach unter den Geschwistern.

Handelsschule, Kaufmannslehre, tätig im Geschäft des Bruders, erst spät selbständig. 1915/17 im Feld, dann Garnisonsdienst. 1916 luet. Inf., sofortige Behandlung. In Mazedonien Malaria. Seit 23 Jahren verheiratet. Keine Kinder, 1 Fehlgeburt. Seit 1 Jahr wegen Tabes in Behandlung. Combin. Hg-Salvarsankuren.

Bis zuletzt tätig als Kaufmann und Konkursverwalter. Vor einigen Tagen Erholungsreise, erst jetzt auffällig.

Mittelkräftig, abgemagert, etwas reduziert.

Verhält sich ruhig und geordnet, zeitlich mässig orientiert, verwirrte, wahnhafte Angaben über die jüngste Vergangenheit, Klarheit über ältere Daten. Rechnen, allgemeine Kenntnisse, Urteilsvermögen gut, Merkfähigkeit herabgesetzt. Schrift zittrig und flüchtig, typische Auslassungen und Verdoppelungen. — Erinnerung an den Aufenthalt in Bad Wiessee (von wo aus die Internierung erfolgte) schwer gestört: Habe mit dem dortigen Arzt Streit

bekommen, dieser habe ihm 3 Flaschen Benediktiner weggenommen und nach der Heimatstadt des Kranken geschickt, darauf seien von dort 31 Richter gekommen, es sei eine Verhandlung über den Arzt gewesen, wobei seine eigene Stimme soviel gegolten als die Stimmen der anderen zusammen. Die Richter hätten die Erschiessung des Arztes angeordnet, er habe für Freisprechung gestimmt. Der Arzt habe dann auf ihn geschossen, denn er sei ein ganz gemeiner Mensch. Er habe einen Nervenschock bekommen, weil die Richter wegliefen ohne ihn mitzunehmen. In München sei er ohne zu wissen von wem und warum abgeholt worden. Er sei in den letzten Jahren schwach auf den Augen geworden, sei bei der Arbeit eingeschlafen und etwas vergesslich geworden, aber nur in Nebensachen.

Allmählich Grössenideen, rasch ins Schrankenlose wachsend. Ist Goldgrubenbesitzer, täglich sind 165 000 Eisenbahnwagen mit seinem Golde unterwegs, in jeder Stadt ein Auto und Banken. Alle Wälder gehören ihm, auf allen Erdteilen; Beziehungen zu den Grossen aller Länder.

Verlangt ständig, zunehmend mürrisch, seine Kleider, muss zum Ministerpräsidenten, lässt sich leicht wieder beruhigen, prahlt von seinen Kolonien und Diamantenfeldern. Allmählich verschwindet die anfängliche, schläfrige Ruhe: Wird unruhig, herrisch, heftig, wenn man seine schrankenlosen Rechte nicht anerkennen will. Will seine Pferde auf die Aerzte hetzen, will sofort in seine Goldgruben. Ungehalten über das Ausfragen, schliesst bei der Visite die Augen, ignoriert alles. Macht eine Szene wegen eines Nadelstiches. Vier Wochen nach Aufnahme plötzliche Nahrungsverweigerung. Negativistische Gesamteinstellung. Wesentlich freundlicher, geradezu herablassend gütig gegen den Berichterstatter. Wird gesprächig, erzählt von unermesslichen Schätzen, lädt täglich zu einer Autofahrt ein.

Fragt jovial: „Wieviel Gehalt haben Sie?", dann leicht vorwurfsvoll: „Ja warum traten Sie nicht schon längst in meine Bank ein?" Zahle jedem Angestellten wöchentlich 1000 M. Verlangt mitten im Gespräch Papier und Bleistift, schreibt sofort einen Scheck auf 10 Milliarden Goldmark. Gönnermiene: „Na, da werden Sie sich freuen" . . ,

31. 5. 26. Impfung mit Recurrens. — Erzählt im Fieber unvermittelt, in seinen Goldbergwerken sei die Pest ausgebrochen, er könne nicht hinreisen, er habe seine Leute mit 100 000 Schlachtkreuzern weggeschafft. Will seine Haare wegnehmen, sich mit Gold übergiessen lassen: dann könne er niemals sterben! Der Berichterstatter bekommt auch Gold dazu, alle Angestellten, schliesslich alle Menschen, der Tod wird abgeschafft. In seinen Kolonien sei für alle Menschen Platz.

Hat eine wunderbar-schöne Frau und 30 Kinder. Verabschiedet sich oft mitten im Gespräch, höflich aber bestimmt, befiehlt, dass man ihm hernach seine Kleider bringe. — Aergerlich auf Urteilsfragen: „Fragen Sie jetzt auch so dumm? Die Aerzte hier stellen immer so dumme Fragen, die Aerzte sind überhaupt sehr dumm!" Bestreitet sehr heftig, dass er krank gewesen sei, er habe sich nur aufgeregt und einen Ohnmachtsan all bekommen. Ueber die Vergangenheit spricht er sehr ungern: habe nie gearbeitet, habe das nicht notwendig. Unterhält sich sichtlich gerne, doch sobald er merkt, dass man ihn ausfragen will, wird er unwirsch, will immer die Führung haben im Gespräch; sehr hartnäckig. Sobald man ihn reden lässt, freundlich, leise sprechend mit bestimmten, gewählten Worten. Niemals besondere Affekte, immer gleichmässig-würdevolle Ruhe. Starkes Selbstgefühl. Respektierung seiner Person ist ihm für alle Selbstverständlichkeit, ohne dass er den Finger zu rühren braucht. Alle Leute sind seine Angestellten. Bemerkenswert der joviale Ton des „Herrenmenschen" und die stille, leicht triumphierende Haltung bewusster Selbstzufriedenheit.

26. 6. 26. Plötzlicher Tod an Herzlähmung.

Von Jugend auf strebsam und tüchtig, grosszügig und unternehmend in seinen Geschäften, erarbeitete sich eine angesehene Stellung. Von Kriegs-

erlebnissen nichts Näheres bekannt; St. sprach gern davon, ohne je Worte zu machen. Auf den Zusammenbruch 1918 reagierte er ärgerlich, ohne tiefergehenden Affekt. Ehe im ganzen glücklich, getrübt durch Pedanterie und kleinliche Sparsamkeit des Patienten. Im Grunde seines Herzens ausgesprochen herrschsüchtig. Väterlich besorgt, sehr streng gegen die Stiefkinder. Galt als pflichtbewusster, fester Charakter; selbständig-sicher im Beruf, ruhig, zielbewusst. Nebenbei grosser Tierfreund. Vorliebe für Gartenbau und Bienenzucht. In jüngeren Jahren reiselustig. Gesellschaften und Unterhaltungen waren ihm später zuwider; ausgesprochen rechthaberisch im Umgang mit Menschen. Politisch völlig uninteressiert. Freimaurerloge, allein daran grosses Interesse. Keine Freunde, vorsichtig gegen jeden Fremden; kein Sinn für Humor. Sehr bedacht auf seine Gesundheit, empfindlich, pflegte sich gerne, probierte mit Ausdauer alle möglichen Bäder, Salben und Tees.

Ruhe Grundton seines Wesens, Gemüt ernst, gutherzig, weich, auch etwas schwernehmend; aufgeregt erst in den letzten Jahren.

Die Gattin bemerkte vor etwa 6 Jahren eine psychische Veränderung: St. wurde „besser" wie sie sagt, anpassungsfähiger, gemütlicher, besonders im Verhalten gegen seine Stiefkinder. Sehr im Gegensatz zu früher mildtätig, freigebig — dabei zunehmende Aengslichkeit. Steigerung im Laufe der Jahre bis zur Furcht. Tabische Beschwerden, reichliche Konsultation der Aerzte; dazu eigene Therapie: zuletzt 70 Sorten Gesundheitstee. Seit 2 Jahren Abmagerung, Schlaflosigkeit. Jetzt Verlust aller Ruhe: aufgeregt, nervös, vergesslich. Unsicher, gelegentlich apathisch-träumerisch. Ein halbes Jahr vor Klinikaufnahme gelegentlich verwirrte Reden, kindisches Benehmen. Berufliche Leistungen intakt. Rechnete sehr gut. Zusammenbruch erst als St. aus dem Gleise seiner Alltäglichkeit herauskam, auf der Erholungsreise. Abschied von zuhause sehr schwer, hypochondrische Ideen, Horoskop, Angst wegen dessen missgünstigen Ausfalls.

Eine ruhige, strebsame, auf sich selbst konzentrierte Persönlichkeit mit sachlichem Ernst und wenig Affekten. Die seelische Veränderung nach dem Weicheren, Menschlicheren und Ängstlichen zu (vor 6 Jahren) ist wohl eine Reaktion auf tabische Beschwerden, paralytisch ist sie jedenfalls noch nicht; man müsste sonst eine stärkere Demenz erwarten, gerade die relativ intakte Intelligenz des Patienten spricht dagegen. Aus dieser bemerkenswerten psychischen Umstimmung entwickelte sich allmählich ein Reizstadium: Nervosität, ängstliche Schwäche und hypochondrische Sensationen. Willensenergie und Selbstbeherrschung erleiden zunächst schwere Einbusse. Auf der Höhe der Paralyse entwickelt sich ein expansiver Grössenwahn, unter dem interessanter Weise das ursprünglich ruhige Temperament wiederhergestellt wird. Gerade die Willensrichtung behauptet sich, wenn auch nur äusserlich, Regsamkeit und Spontanität des Willenslebens werden weitgehend wiederaufgerichtet und auch die Energie. Obenan steht das eigensinnige Selbstbehauptungsstreben, das oft unbeherrscht durchbricht. Die Grössenideen sind durch einen gewissen Kompositionsreichtum ausgezeichnet. Zu denken gibt besonders die Idee vom Ausbruch der Pest, vom Goldpanzer gegen den Tod, dazu die ärgerliche, gegenüber der sonstigen Ruhe geradezu hastige Art der Abwehr aller Fragen, die die geistige Leistungsfähigkeit prüfen wollen, oder nach einem Krankheitsgefühl zielen. Man

möchte sagen, dieses wahnhafte Selbstbewusstsein hat ein schlechtes Gewissen um seine eigene Grösse. In diesen Ausflüssen scheint die das Vorstadium kennzeichnende Furcht versteckt zu sein. Das Herrische, Rechthaberische aus der Gesundheit bleibt unverhüllt im Ablehnenden und Negativistischen des Kranken — wie in seiner jovialen Haltung.

Zusammenfassend lässt sich sagen, das ursprüngliche Temperament wird nach anfänglicher Umwandlung und Verzerrung im klinischen Bild wieder sichtbar, besonders deutlich bleibt die Willensrichtung erhalten.

5. Magdalene M., 37 Jahre, Schweisserin, geschieden, geb. 11. 5. 89, Aufnahme: 2. 6. 26.

Als Kind gesund und kräftig. 1. Menses mit 16 Jahren, regelmässig. Austrägerin, Dienstmädchen in verschiedenen Wirtschaften, später in Fabriken, Schweisserin Kam als Minderjährige in die Hande eines mehrfach bestraften Zuhälters; mehrere Jahre puella publica. Von der Polizei aufgegriffen, in ein Arbeitshaus gesteckt. 1910 partus: gesunde, mora isch-minderwertige Tochter (jetzt in Zwangserziehung). 1913 heiratete M. den Zuhälter. Bald Streitigkeiten, lebten mehrere Jahre getrennt. Ehescheidung 1922. Arbeitete seither in Fabriken. 1925 Krankenhaus Schwabing, Sonderbau; nähere Angaben fehlen. Von der Polizei eingeliefert. Mittelgross, kräftig, sehr gut ernährt, reichlich Fettansatz.

Desorientiert, will sich Kropf und Hämorrhoiden operieren lassen. Wiederholt das beständig mit inhaltlos-blödem Lachen. Kein Krankheitsgefühl. Merkfähigkeit und Urteil sehr defekt; vollkommen einsichtslos. Stimmung schwächlich-euphorisch. Sehr ruhig, schläfrig, gleichgültig, liegt mit harmlos-zufriedenem Gesicht im Bett, lächelt freundlich bei jedem Besuch, immer ansprechbar, geht ziemlich auf alles ein, gibt aus eigener Initiative nichts von sich. Es gehe ihr gut, sie sei gesund. Läppisches, zufriedenes Lächeln wechselt mit plump-dementem Lachen. Sie sei immer fidel gewesen, habe nie etwas zu klagen gehabt; habe sich scheiden lassen, weil der Mann ohne ihr Wissen ihre Möbel verkauft habe, sei ihm darum nicht böse, habe ihn noch öfters getroffen; jetzt würde er mit einer Fünfzigjährigen herumlaufen, das sei zum Lachen. Sie habe sehr viel Geld verdient, sich sehr schön eingerichtet, schöne Betten, Wäsche, Möbel, dazu ein Klavier, einen Flügel, ein Motorrad. Nach ihren musikalischen Interessen gefragt zählt sie monoton auf: ein Flügel, ein Klavier, eine Geige, eine Zither — und singen könne sie auch. Gibt mit trostlos-leerer Stimme Fistellaute von sich. Die Idee von den schönen Möbeln kehrt immer wieder. Phantasiebereich äusserst eng. Jeden Morgen behauptet sie, sie werde nachmittags fortfahren: wenn man sie tags darauf daran erinnert, lacht sie und wiederholt ihre Worte. Sie will zu ihrem „Herrn", ihrem „Bräutigam", freut sich auf die „Hausarbeit" — ihr quickendes, unbeherrschtes Lachen lässt keinen Zweifel an dem groberotischen Sinn dieses Ausdrucks.

Wochenlang träge-stumpfe, anspruchslose Euphorie. Schläft fast den ganzen Tag . . . „Was soll man denn sonst machen?" Beim Besuch ihrer Eltern meint sie gleichgültig: „So, seid ihr auch da?", verzehrt gierig das Mitgebrachte. Wartet von einem Essen auf das andere.

Erotisches in grober, plumper Form tritt bei jeder Exploration ungeschminkt zutage. Freut sich auf Hochzeit und Ehe. „Einen Buben will ich halt, recht gross und schön . . ." Sie wiege 180 Pfund, früher, mit 20 Jahren habe sie einen viel dickeren Bauch gehabt. Mit ihrer Tochter komme sie gar nicht aus, sie sei so frech, habe gelogen, gestohlen und Unzucht getrieben. (Sagt das mit drastischen Ausdrücken, keine Spur tiefer gehender Regung). Den Berichterstatter nennt sie einer anderen Patientin gegenüber „ihren stillen

Teilhaber". Erzählt mit unverhohlener Freude von einem Bier- und Schnapsrausch, kann sich nicht genug tun in gröblicher Schilderung.

Comb Hg-Salvarsankur. Keine wesentliche Aenderung darauf.

Allmähliches Sistieren der Grössenideen. Will sich jetzt nur noch neue Möbel anschaffen. Sie könne den widerrechtlichen Möbelverkauf ihrem ehemaligen Manne nie verzeihen, noch heute müsse sie ihm ins Gesicht speien. Sie habe damals tage- und nächtelang geweint. Wird sichtlich traurig bei ihrem Bericht. Gibt beständig an, sie sei 28 Jahre alt, habe 1917 geheiratet und sei 1925 geschieden worden (in Wirklichkeit 1913 und 1923).

Nach Beendigung der spezif. Kur wenig lebhafter, zu gebrauchen als Handlangerin bei leichten Arbeiten. Grüsst bei jedem Besuch von weitem, lacht. Versucht harmlose Witze zu machen. Inhaltlich unverändert. 22. 7. 26. Entlassung nach Haar.

Die präpsychotische Persönlichkeit ergibt ein eindeutiges Bild.

Als Kind langsam, weniger regsam als die Geschwister, beschränkt, blieb in der Volksschule mehrmals sitzen, trotz Fleiss und Mühe. Allzeit ein folgsames, braves Kind. In Stellung war man überall mit ihr zufrieden: immer fleissig, ehrlich. Nicht aus Lasterhaftigkeit, sondern aus harmloser Unerfahrenheit verfiel sie dem Zuhälter. Die Ehe war in allem bestimmt durch die Roheit des Mannes, der auch dann noch ihr Zuhälter blieb. Uebte keinen erzieherischen Einfluss auf ihre 16jährige Tochter aus, kümmerte sich nie um sie. War gutmütig, gesellig, verträglich, hatte viele Freundinnen, liebte Unterhaltungen. Weinte rasch, wenn sie etwas betraf, konnte wohl auch traurig sein, aber nie tiefgehend. Niemals aufgeregt oder auffällig, ohne Affekte, gleichmütig-stumpfsinnig, ohne Interessen.

Der Beginn der Erkrankung entging den Angehörigen, eine Veränderung wurde erst 2 Monate vor Klinikaufnahme bemerkt. Die M. sass abwesend da, für sich, starrte vor sich hin, die Hände im Schoss. Ruhiger, noch langsamer als früher, gedankt, vergesslich, apathisch. Drei Tage vor der Einlieferung besuchte die Kranke ihren Bräutigam in einem Sanatorium, lief von dort ohne Abschied weg, wurde am nächsten Tag am Bahndamm aufgelesen, wo sie unbekümmert um die Gefahr Blumen pflückte. Ein Zug musste ihretwegen halten, dem Zugführer erklärte sie, sie warte nur auf ihren Bräutigam; nachher pflückte sie ruhig weiter, bis sie von der Polizei festgenommen wurde.

Dem Lebenslauf einer debilen, inaktiven Persönlichkeit entspricht eine einfache-euphorische Form der Paralyse mit frühzeitiger schwerer Demenz. Das Krankheitsbild ist ohne Besonderheiten, flach eintönig. Die Stimmung ist von schwächlicher Zufriedenheit. Keine Spur einer psychischen Regsamkeit und Spontanität. Die Geschichte mit dem Möbelverkauf scheint das einzige affektbetonte Erlebnis zu sein, die mageren Grössenvorstellungen gruppieren sich darum, und die Erinnerung an diese Enttäuschung reicht gerade aus zur Bildung eines kurzen depressiven Affektes. Bezeichnend für die M. ist, dass sie ihrem Zuhälter und Manne nichts anderes vorzuwerfen weiss als diese Lappalie. Die groberotischen, moralisch-laxen Töne im klinischen Bild sprechen ebenso für die Tiefe der Demenz wie für die puella publica.

Bei dem Mangel an Differenziertheit vermisst man jede Bildung von Randsymptomen. Der Schwäche an ursprünglicher Regsamkeit des Gefühls und des Willens wie an persönlichem Äusserungsvermögen entspricht die erhöhte Trägheit und Stumpfheit in der Psychose.

6. Johann F., 48 Jahre alt, verh. Kaufmann, konfessionslos: geb. 9. 7. 77. Aufnahme: 1. 7. 26.

Vater des Pat. besonders aufgeregt. Lungentuberkulose in der Familie.

Schwächliches, blasses Kind, guter Schüler, 4 Klassen Realschule, Kaufmannslehre. Bei einer Grosshandelsfirma 3 Jahre Lehrling und 7 Jahre Reisender, bei einer zweiten Firma 13 Jahre Reisender und 5 Jahre Prokurist. Seit 1913 selbständig, führte sein Geschäft bis zuletzt.

1897 Gonorrhoe und Lues Hg.-Behandlung. 1912 Heirat, Frau gesund, eine gesunde Tochter. Trank früher tgl. 1 l Wein, die letzten Jahre abstinent. Wegen allgemeiner Schwäche nicht aktiv gedient. 1916 eingezogen, 8 Monate Garnisonsdienst.

Vor 1 Jahr Schwindelanfall, Doppelbilder, seit einem halben Jahr subjektives Krankheitsgefühl, Erschlaffung, Gewichtsabnahme Gedächtnisschwund, Versagen der Arbeit. Sinnlose Geschäfte, Gewalttätigkeiten; auf Veranlassung der Frau eingeliefert.

Hager, blass, abgemagert, verfallen, schlaffe, welke Züge, Kräftezustand sehr reduziert.

Ruhig, geordnet, während der Untersuchung besonnen, völlig orientiert, gibt Auskunft. Erinnerungsvermögen, Merkfähigkeit, Urteilsbildung, Rechnen, Kenntnisse ohne Defekte Vollkommene Autoanamnese. Erzählt sachlich, nur etwas scheu und oftmals seitwärts blickend vom Beginn seiner Erkrankung. Stimmung sehr gedrückt, beherrscht von Krankheitsgefühl Sehr zum Unterschied von anderen Paralytikern zunächst erstaunt und reserviert gegenüber dem Besuch des Berichterstatters. Geht dann prompt auf alle Fragen ein, klare Antworten. Benehmen freundlich-höflich, immer etwas zurückhaltend. Macht im ganzen den Eindruck eines ruhigen, gebildeten Menschen.

7. 7. 26. Impfung mit Recurrens. Nur schwache Reaktionen. Allgemeinbefinden sehr schlecht. Ist über die Therapie informiert, verfolgt sie mit ängstlicher Gespanntheit, äussert sich klar über die Aetiologie seines Leidens. Sei bei der Infektion 20 Jahre alt gewesen, habe weder Sekundär- noch Tertiärerscheinungen gehabt und später „natürlich" nie darangedacht. Dies sagt er diskret, leise, nachdem er sich umgesehen, insgeheim mit den Lidern nickend. Später gibt er zu, vielmehr an seine Lues gedacht zu haben: habe immer etwas dagegen getan ohne dass es die Leute wussten. Früher gesellig gewesen, mit allen ausgekommen, liebe seine Frau sehr, sei besorgt um die Zukunft seiner Tochter, die auch schon sehr „nervös" sei. Habe nie etwas vom Militär wissen wollen, kein Bedürfnis gehabt, sich als bereister Mann von Unteroffizieren anschnauzen zu lassen Früher katholisch, jetzt konfessionslos: ein Mann, der einmal nachgedacht habe, müsse der Kirche den Rücken kehren. Wochenlang gleichbleibend. Immer höflich, erinnert sich an alle Einzelheiten früherer Unterredungen, durchaus ansprechbar, niemals spontan aus sich herausgehend Augen meist geschlossen, ohne eigentlich zu schlafen Liegt immer hochkannt, mit dem Gesicht nach der Wand, dem ganzen Saal den Rücken kehrend. Kein Wort zu seinen Nachbarn, kein Interesse für andere Dinge. Grüblerisch mit sich selbst beschäftigt, ausgesprochen autistisch. Die negativistische Einstellung ist offenbar nicht Stumpfheit, sondern eine Art Selbstschutz aus innerer Unsicherheit. Dazu passt die teils scheue, misstrauische, teils geheimnisvolle Art, deren sich F. im Gespräch bedient: Augen in dauernder Unruhe, suchen nach allen Richtungen, Tendenz an einem vorbeizusehen. Noch dazu eine gewisse selbstbewusst-ablehnende Komponente, etwa wenn F. nach längerer Exploration rasch ermüdet sein „Selbstverständlich", sein „Ja natürlich" sagt, — vor allem in der grundsätzlichen Reservestellung, in der höflichen, Distance bewahrenden Bestimmtheit; geradezu das Gegenteil der üblichen Einstellung des Paralytikers.

Wesentlich: Unsicherheit und Angst verquickt mit Selbstgefühl, teils zusammen in Wechselwirkung stehend, teils unharmonisch nebeneinander. Nach vier Wochen körperliches Befinden sehr schlecht. Appetit gering, der Kranke isst oft gar nichts. Will nichts essen, lehnt das Essen ab, wie er innerlich

die ganze Klinik ablehnt. Nagendes Krankheitsbewusstsein. Beklagt sich über die geringe Fieberreaktionen, über Schlaflosigkeit und mangelnden Fortschritt. Aeussert in ruhiger Haltung mit apathischer Stimme, ohne eine Miene zu verziehen den Wunsch heimzukommen. Zwei Monate später: steht öfters auf, geht im Garten spazieren, fühlt sich wohler. Verlangt ständig nach Hause. Etwas gereizt, aber zweifellos gebessert.

27. 9. 26. Entlassung nach Eglfing.

F. stammt aus ärmlichen Verhältnissen, war sehr gut in der Schule, wollte gerne studieren, musste frühzeitig Geld verdienen, unterstützte schon in jungen Jahren die Familie, seine Mutter und seine Schwester bis zuletzt. Dies tat er pflichtmässig, ohne Zeichen von Herzlichkeit. Fleissig, tüchtig, energisch, angesehene Stellung. Beste Qualifikationen; wusste sich überall durchzusetzen. Galt als intelligent und zielbewusst. Erstaunliches Gedächtnis. Krieg und Revolution berührten ihn nicht, er kannte nur eigene Interessen, selbständige Arbeit, hasste allen Zwang. Innerlich vaterlandslos. Die Gattin geriet darum oft in Meinungsverschiedenheit mit ihm; sie äussert, sein Charakter sei Gemeinschaftslosigkeit, unverhüllter Egoismus. Das Einrücken war ihm „fürchterlich", er tat, was er nur konnte, um wieder loszukommen. Von Natur aus ängstlich, sehr auf sein Leben bedacht, wenn er dies auch zu verbergen suchte. Zeichen seiner Gemeinschaftslosigkeit ist sein Abfall (ein bewusster Abfall, keine Entfremdung) von der Kirche.

Beruflich unternehmend, grosszügig, — im häuslichen Leben sparsam und pedantisch, kleinlich. Die Frau litt sehr unter seiner Kleinlichkeitssucht, schon auf der Hochzeitsreise bereitete er ihr damit empfindlichste Enttäuschungen. Um einen Pfennig machte er Szenen. Verständnislos schimpfte er etwa, wenn die Gattin auf einer anstrengenden Bahnfahrt eine Erfrischung wünschte. Wesentlich ist der Mangel an Einfühlungsgabe. Besonderes Vergnügen fand er daran, seine Frau mit Andeutungen über Bordelle zu peinigen. Sinnlich veranlagt. Zug zum Kalten und Rohen, sehr mürrisch und hart nach Liebkosungen, stumpf für das Gefühl der Frau. Sie konnte sich die Gegensätzlichkeit seiner Haltung, den Widerstreit seiner Gefühlskälte mit Augenblicken sichtbarer Empfindungsfähigkeit nicht zusammenreimen, vermutete deshalb, er habe ein schlechtes Gewissen. Die Unvereinbarkeit seines Wesens brachte sie auf den Glauben, seine positive, menschlichere Seite sei Verstellung. Dass diese andere Seite ihm tatsächlich eigen war, erhellt aus dem Ausspruch eines namhaften Künstlers, der ihn nach seinem ersten Bekanntwerden einen „wunderbaren Menschen" nannte. Als die Familie einmal auf den Besuch dieses Künstlers wartete, wobei sich F. zu wenig im Mittelpunkt sah, meinte er übler Laune: „Ich mag die Menschen überhaupt nicht, ich kann sie nur leiden soweit sie mir nützlich sind."

Im Grunde selbstsüchtig, rechthaberisch, unduldsam: Interessenkreis ausgesprochen eng. Tags im Geschäft fordierte er zuhause pünktlich sein Essen, seine Zeitung, seine Zigarre, dann seinen Schlaf. Zwar in Gesellschaft freundlich, leidlich unterhaltend, innerlich immer ernst und für sich, äusserlich scheu und misstrauisch. Es war immer peinlich, wenn jemand zu Besuch kam, weil er keinem in die Augen schauen konnte. Was ihn selbst anging behielt er streng für sich; er pflegte seine Familie vor vollendete Tatsachen zu stellen. Vertrauensverhältnis in früheren Jahren lediglich zu einer gleichgearteten Schwester. Sonst keinerlei Freunde; Bekannte nannten ihn ein Rätsel.

Verhalten zur Frau insgesamt schwankend, launenhaft wechselnd zwischen Zartheit und Kälte, meist von unbeherrschter Sinnlichkeit getrieben. Wenig Sorge für die Tochter, ohne Herzlichkeit.

In Zeiten wirtschaftlicher Not aufgeregt, zappelig, nervös, sonst gleichmässig ruhig, nie melancholisch. Die Gattin hat den Eindruck gewonnen, dass F. beständig von schlechtem Gewissen geplagt gewesen sei; dadurch habe sich seine Menschenscheu, seine Furcht vergrössert und seine Kälte und Härte nach aussen verstärkt. Als er sich nicht mehr hinaussah, flüchtete er

in Brutalität. Das schlechte Gewissen will die Frau bestimmt auf sein verstecktes Bewusstsein seiner Syphilis und auf die Furcht vor deren Folgen zurückführen.

Ueber den Beginn der Erkrankung gibt die feinfühlige Gattin des Patienten genauen Aufschluss. Eine Charakterumstimmung ist seit 3 Jahren nachweisbar, feinste Kriterien der beginnenden Störung, das Verblassen ethischer und ästhetischer Töne lassen sich 5 Jahre weit zurückverfolgen. Schleichende, allmähliche, aber geradlinige Weiterentwicklung der negativen Komponenten seines Wesens. Stärkeres, nacktes Hervortreten seiner egoistischen Eigenschaften. In geschäftliche Angelegenheiten und Spekulationen übermässig verstrickt, Verlust der Uebersicht, Aufregungen, masslose Reizbarkeit. Sinnlose Geschäfte. Rücksichtslosigkeit gegen die Frau; nahm alles Geld für sich, schimpfte wegen schlechten Essens, ging morgens fort, ass auswärts, trieb sich auf den Banken umher, kam erst nachts nach Hause, indes Frau und Tochter darbten. Tagelang versagte er jede Antwort. Dann Wechsel dieses Zustandes völliger Abgeschlossenheit mit Phasen sinnloser Erregung: Schimpfen, Toben, Zertrümmerung von Gegenständen. 1 Jahr vor Aufnahme Schwindelanfall, bereits Höhe der Erkrankung: Kam körperlich verfallen, schlotternd heim, zitterte, liess den Kopf hängen, weinte, hatte Angst, dass etwas Furchtbares geschen werde. Versprach der Frau, zum Arzt zu gehen, als sich der Zustand besserte-starrsinnig wie zuvor. Prügelte grundlos die Frau, der mehrmals fremde Leute zu Hilfe kommen mussten. Suchte sie in schamloser Weise schlecht zu machen, ursachlose Eifersucht quälte ihn. Oft drohte er Frau und Kind umzubringen. Früher konnte er wegen jeder Kleinigkeit sagen, er lasse sich scheiden; jetzt beschloss seine Gattin, Scheidungsklage anzustrengen. Darauf gebärdete er sich kindisch, heulte, bat sie um Verzeihung, versprach, alles gut zu machen. Wie die Frau die Verhandlungen mit dem Rechtsanwalt abbrach, antwortete er mit Brutalität: es müsse ihr ja recht gut gefallen bei ihm, er hätte sich schon längst scheiden lassen — aber sie gäbe ihm ja keinen Scheidungsgrund!

Unruhe, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen ständig zunehmend. 14 Tage vor Aufnahme ging F. heimlich zum Arzt, kam ganz gebrochen heim, hilflos, sagte unter Tränen, er sei krank. Hockte tatlos herum, ganz still, suchte seine Tränen zu verbergen, blätterte scheu in medizinischen Büchern. Vollkommener Verlust seiner Aktivität. Fügte sich willenlos der Einweisung in die Klinik.

F. ist ein unharmonischer Charakter. Der ausführliche Bericht seiner Gattin wirkte wie die Schilderung eines Schulbeispiels des Dystonen. Ein von Haus aus schwächlicher, ängstlicher Mann, dessen Lebenslauf ausgezeichnet ist durch Zielstrebigkeit und Energie, ein Egoist mit typischer Enge des Interessenkreises, dem vielfach jede Spur von Einfühlungsgabe zu mangeln scheint, mit vorwiegend negativistischer, misstrauischer Einstellung gegen die Menschen, ein verschlossener, humorloser Charakter mit versteckter, kaum beherrschter Sinnlichkeit, von ausgesprochener Gemütskälte und ernster Stimmungslage, leicht zu Reizbarkeit und Nervosität geneigt . . erfährt in der Paralyse vor allem eine Verstärkung und Vergröberung seiner Disharmonie. Nach neurasthenischer Unruhe kommt es zu einer Phase brutal-egoistischer, sadistischer Erscheinungen, dann zu einem längeren Wechsel zwischen übermässiger Erregung und ablehnender Verschlossenheit. Die Konsultation eines Arztes, der positive Wassermann führen zum Zusammenbruch aller Initiative. Verstimmung und Hypochondrie. Die lang zurückgehaltene (nach Ansicht der Gattin seit der Infektion

bestehende) Furcht kommt zum Durchbruch. Bei der Aufnahme sind die gröbsten Erscheinungen bereits abgeklungen, der Kranke ist insgesamt gedämpft. Der Kern der ursprünglichen Persönlichkeit ist im Wesentlichen erhalten. Es besteht ein gleichzeitiges Nebeneinander von kühl-ablehnender Selbstbehauptung, scheu-misstrauischem Sicherungsbestreben — und ängstlicher Verstimmung mit krankhaftem Selbstgefühl. Deutlich die innere Unsicherheit des Kranken, sein Verhalten ist inaktiv. Gut erhalten aus dem Gesunden ist die formale Höflichkeit, die scheue, ablehnende Haltung, die extreme Beschränkung des Interesses auf die eigene Person. Im Gegensatz zum Beginn der Paralyse ist F. jetzt sehr beherrscht. Die Gefühlslage wird durch das sehr im Vordergrund stehende Krankheitsgefühl bestimmt. Die intellektuellen Fähigkeiten bleiben unverhältnismässig gut erhalten, dem entspricht auch das Erhaltenbleiben der Willensenergie, indes besonders Spontanität und Regsamkeit des Willenslebens geschwunden sind.

7. Mathias H., 54 Jahre alt, verh. Metzger, Fleischaufkäufer; geb. 30. 7. 71. Aufnahme: 18. 5. 25.

Unauffällig in der Jugend, gesund, mit 20 aktiv beim Militär. Metzger und Schenkkellner. Seit 31 Jahren in einer Wursttabrik, zuletzt Vertrauensstellung als Fleischaufkäufer.

Lues mit 17 oder 18 Jahren. Seit 31 Jahren verheiratet. 1 Fehlgeburt im 6. Monat. Der einzige Sohn starb 25jährig an Kriegsverletzung.

Vor 6 Jahren apoplektischer Insult, vorübergehende Hemiplegie, Blasen- und Mastdarmstörungen. Seitdem mehrfach kurzdauernde Schwindelanfälle. Psychische Veränderung von der Firma vor 6 Monaten bemerkt, von den Angehörigen erst unmittelbar vor der Aufnahme.

Mittelgross, kräftig, sehr gut ernährt, reichlich Fettansatz.

Sehr ruhig, wenig regsam, schwächliche Grössenideen, völlige Kritiklosigkeit, ohne Affekte. Orientierung ungenau, Wissen defekt, Rechnen sehr schlecht, Urteilsfähigkeit schwer gestört. Affektiv stumpf, ohne Interessen, lacht meist blöde vor sich hin. Intellektuell weitgehend abgebaut. Behauptet täglich, 346 Stiere gekauft zu haben, besitzt ein Vermögen von 500000 *M*, eine Anzahl neuer Häuser, seine beiden Buben sind so gross wie Bären, er braucht sich keine Sorge zu machen, er kann ruhig privatisieren.

Combinierte Hg-Salvarsankur. — Psychischer Zustand bleibt wochenlang gleich. Ruhig im Bett, kümmert sich um nichts, verlangt hie und da seine Entlassung, lässt sich sofort beschwichtigen. Will der Klinik 50 Zentner Gefrierfleisch schenken, er selbst hat ja alles, was er will. Auf die Frage, ob er krank sei, kindisch: „Ja wozu soll ich denn krank sein? Das braucht es doch nicht . . " Er sei nur mal hereingegangen, nur so ein bisschen. Immer schlitzig-lächelnd, sei immer schon „lustig" gewesen. Sobald man ihn nach seinem Sohne fragt, weint er heftig. Dann gleich wieder fidel. Beständig gleicher Eindruck stumpfer, gedankenloser Euphorie, inhaltloser Selbstzufriedenheit.

2 Monate nach der Aufnahme Grössenvorstellungen wesentlich abgeklungen. Nur noch stolz auf seine Militärzeit als Schwerer Reiter, könne heute noch so reiten und über Zäune springen. Dann etwas nachdenklich: „Nein, nein, so ging's doch nicht mehr." Von seiner klinischen Vorstellung erzählt er stolz, er habe einen Vortrag gehalten vor lauter Herren und Damen. Von seinen früheren Schwindelzuständen, Schlaganfall und Erbrechen will er nichts wissen. Irren könne er nicht. Sehr von sich eingenommen; lässt sich

nie zu einem Affekt hinreissen. Psychische Motilität ausgesprochen träge. Stimmung gleichbleibend stumpf-euphorisch; schwere Demenz.

10. 8. 26. Von der Frau heimgeholt (gegen Revers).

Gesunder, unauffälliger Durchschnittsmensch; kräftiges Kind, strammer junger Bursche, Infektion auf Anstiftung eines gewissenlosen Kellners, minderjährig. Galt als solider, gutmütiger Charakter Trotz seines Berufes hatte er keine Lust zum Trinken, lebte nahezu abstinent. Sehr stolz auf seine Militärzeit; im Beruf tüchtig, Anerkennung. Niemals Streitigkeiten. Verträglich, beliebt, ruhig, ehrlich. Arbeitete jahrelang mit beträchtlichen Summen, weitgehender Vollmacht. Rechnen sicher, Gedächtnis gut. Geistig mittelmässig, keine Interessen über die Enge des Berufes hinaus Gern stolz auf berufliche Leistungen, hie und da gutmütig-prahlerisch. Traute sich mit zunehmendem Alter zuviel zu. Die jungen Leute leisteten nichts, das und das hätte er ganz anders gemacht — war seine übliche Redeweise Ausgezeichnete Harmonie im Eheleben. Traurige Verstimmung beim Tod des Sohnes, heftiges Weinen scheu zu verbergen suchend. Seitdem wie Schatten über seinem Wesen. Stiller, ruhiger, konnte nicht mehr lachen, sprach nie von seinem Schmerz, wollte sich nichts anmerken lassen.

Von Natur aus ruhig, zufrieden-selbstbewusst, sonnig in allem Freundlich liebenswürdig, lachte gerne, mochte auch ab und zu Gesellschaft, lieber war ihm seine stille, harmonische Häuslichkeit. Meist stillvergnügt für sich. Hatte nichts von der Roheit anderer Metzger, wie seine Frau betont. Grundelement seines Wesens war Güte.

Auf den Schlaganfall vor 6 Jahren reagierte er entsprechend, Jedenfalls lässt sich aus dieser Zeit keine Veränderung aufweisen, die paralytisch zu nennen wäre. Dauernd litt er an kleinen momentanen Schwindelanfällen. Vorsicht und Mässigkeit waren wohl begründet.

6 Monate vor Aufnahme konnte er nicht mehr recht mit dem Gelde umgehen Man entzog ihm deshalb allmählich die geschäftlichen Aufträge. Er selbst schien das gar nicht zu bemerken, er entfaltete im Gegenteil eine lebhaftere Tätigkeit, spannte alltäglich ein, nahm alles Geld, das er finden konnte, kam unregelmässig heim, Fragen seiner Frau wies er rasch ab. Schliesslich wurde er gereizt, ging plötzlich mit dem Messer auf seine Frau los. Liess sich dann sofort beruhigen, blieb stumpf, bewegungslos hocken, lieferte ruhig sein Messer aus, folgte willig mit zum Arzt, setzte seiner Einweisung in die Klinik keinen Widerstand entgegen.

Ein einfacher, unproblematischer Charakter, ausgesprochen synton. Sein ursprüngliches, sonniges Gemüt verliert sich mit dem Tod des Sohnes, die Stimmung wird depressiv. Die beginnende Paralyse zeigt eine seinem gesunden Leben wesensfremde Geschäftigkeit, bei der schliesslich das jähe, gereizte Benehmen auffällt In dem einförmigen klinischen Bild wird die ursprüngliche Ruhe und Trägheit wiederhergestellt und verbreitert. Die äussere Stimmungsfarbe bleibt erhalten, eine läppische Euphorie tritt an Stelle der seit den letzten Jahren vorherrschenden, leicht-depressiven Stimmung. Der Verlust des Sohnes ist das einzige affektbetonte Erlebnis des Kranken, die Erinnerung daran bringt ihn noch inmitten seines kindischen Vegetierens zum Weinen. Die Grössenvorstellungen haben alle den Stempel des Beschränkten. Die Willensenergie ist mit der Intelligenz verloren gegangen. Der aufrechte fleissige Mann ist zu einem schläfrigen, kindischen Individuum geworden, aus dem gutmütig-prahlerischen Zug der Gesundheit ist einfältige

Selbsteingenommenheit geworden, die sich in schwächlichen Worten genugtut. Beherrschend ist der Verlust an Aktivität und Regsamkeit, persönliche Interessen sind nur in primitivster Weise angedeutet. Die ursprüngliche Persönlichkeit bestimmt das klinische Bild.

8. Sebastian B., 33 Jahre alt, verh. Hilfsarbeiter, geb. 3. 6. 93. Aufnahme: 10. 6. 26

Vater des Kranken verkaufte ohne Wissen der Angehörigen sein Anwesen, wanderte ohne Abschied nach Amerika aus, wo er verscholl.

Kräftiges Kind, gesund 1914 aktiv gedient, kam bis 1917 ins Feld. 1916 Verwundung am Fuss, 1917 angebl. Verschüttung Seitdem Anfälle. 1 Jahr von Lazarett zu Lazarett, dann in mehreren Irrenanstalten.

Infectio negatur 1918 Heirat Keine Kinder, keine Fehlgeburten. Führte bis 1920 mit der Frau ein Kaffeehaus, betrieb dann Lebensmittelhandel auf der Strasse Zuletzt Hilfsarbeiter

Die letzten 4—5 Jahre dauernd Anfälle: Schüttelzustände, etwa alle vier Wochen, immer im Anschluss an Aufregungen Vor 1 Jahr Rentenantrag; seit 8 Wochen in Behandlung der Poliklinik, die ihn als schweren Rentenneurotiker bezeichnet. Zur Beobachtung eingeliefert.

Blass, verfallen, gross und schlank gewachsen, Kräfte- und Ernährungszustand sehr reduziert.

Sehr langsam, ruhig, Auskunft mit müder, schleppender Stimme, zeitlich ungenau orientiert, vermag sich auf Fragen nicht zu konzentrieren. Weitschweifige Antworten, grosser Wortaufwand, Fülle hypochondrischer Ideen. Sei ein sehr guter Soldat gewesen, alle Offiziere hätten ihn gern gehabt, jetzt ganz „kaputt", der Krieg habe ihn zu Grund gerichtet, beständig Schmerzen in Kopf und Rücken, von seiner Verschüttung her. Er sei bisher nur zu dumm gewesen, sich zu rühren, habe keinen Pfennig bekommen. Versagt bei einfachsten Fragen, beantwortet schwierigere oft zutreffend. Rechnen äusserst schwach. Viele Antworten sind grotesk, machen den Eindruck gesuchter Komposition. Verdacht auf Pseudodemenz wird verstärkt. Wechsel zwischen blödem Lachen und unmotiviertem Weinen

23 6. 26. Impfung mit Recurrens

Zunächst gleichgültiger Eindruck Dann schwerer zum Sprechen zu bewegen; sagt stereotip, er sei „ganz kaputt". Nach dreimaligem Fieberanstieg auffällige Veränderung. Fühlt sich unwohl, will nichts essen Rasche Gewichtsabnahme, Aussehen elend. Vollkommen interesselos im Bett.

Schüttelt auf Befragen den Kopf, zuckt mit den Schultern, schlägt verzweifelt auf die Bettdecke. Murmelt, er habe dies nicht tun sollen.

Plötzlich sehr unruhig, drängt gewaltsam hinaus, sehr widerstrebend. Wochenlang katatoner Stupor, in den Fingern oft eigentümlich gespannte Unruhe, hält sie in abnormen Stellungen verkrampft, führt sie meist zum Munde, reibt stundenlang an seinen Zähnen, schmiert Speichel. Reagiert nicht auf Anrede, Anruf und Berührung, Gesichtsausdruck starr, Unterton von Scheu und Angst. Bei öfteren Besuchen wird das Widerstrebende zusehends deutlicher. Sucht alles mit zittrigen, steifen Fingern wegzuschieben. Seine Bewegungen sind so, als ob er etwas aus seinem Gesichtskreis wischen wollte. Besonders abweisend gegen seine Frau

Richtet sich einmal auf, als die Saaltüre für einen Augenblick offen steht, starrt mit aufgerissenen, elenden Augen in die Helle Manchmal murmelt er unverständliche Laute Nachts lebhafter, sucht mit gespannten, hilflosen Bewegungen aus dem Bett zu kommen Muss ständig mit der Sonde ernährt werden. Blasen- und Mastdarmretention Im Bad klatscht er manchmal in die Hände, gibt lebhaftere Laute von sich Dauernd eigenartiges Reiben mit den Fingern und kauende Bewegungen der Zähne. Stereotypie. Oftmals onanistische Regungen. Schmiert (im Bad) gleichfalls an Mund und Anus herum, besudelt

sich mit Kot. Schlägt unversehends einen anderen Kranken mit der Faust an die Genitalien.

Rasch zunehmender körperlicher Verfall. Ruft einen Tag lang mit gequälter Stimme den Satz: „Nein, nein, das hätte man nicht tun sollen, den Vater umbringen, das hätte man nicht tun sollen . .“

Keine Antwort. Gespannte, triebhafte Angst. Wehrt sich trotz seines miserablen Kräftezustandes mit erstaunlicher Energie.

20. 8. 26. Pneumonie. Erkennt seine Frau, ist plötzlich sehr freundlich zu ihr, kindlich.

21. 8. 26 Benommen, stöhnt vor sich hin. Flüstert der Schwester zu, er sei früher sehr schön gewesen und sehr reich. Moribund.

22. 8. 26. Exitus.

Ein kräftiges, gesundes Kind, angeblich ohne Besonderheiten, wurde bis in seine reifere Jugend hinein mit Milch aufgezogen Landwirtschaft, fleissig; immer verträglich, gutmütig, weich, ein „guter Mensch“. Niemals Neigung zu Alkohol oder Nikotin. Wie er selbst seiner Frau erzählte, ein tüchtiger, begeisterter Soldat, erhielt mehrere Auszeichnungen, war sehr beliebt bei seinen Offizieren, bekannt wegen seines Eifers zu freiwilligen Patrouillen. Bekam nach einer Verwundung und „Verschüttung“ einen „Nervenschock“, dann von einem Lazarett zum anderen, drängte angeblich immer wieder ins Feld hinaus; unentwegt Kriegsbegeisterung.

Die Militärakten entwerfen ein wesentlich anderes Bild, das den Kranken Lügen straft: Achtmal im Lazarett, nicht weniger als viermal wegen Gonorrhoe 5. 9. 16. Im Lazarett plötzlich Fieberanfall, Delirien Schlug dauernd um sich, schrie unausgesetzt „Hin muss er sein!“, glaubte jemand zu verfolgen. Plötzlicher Umschlag in manische Phase: Ideenflucht, Heiterkeit, Ausgelassenheit, grosse Unruhe Später Halluzinationen ängstlichen Inhalts, Anästhesie der Körperoberfläche, Untersich-gehen-lassen, Isolierung notwendig.

6. 3. 17. Entlassen als dauernd dienstunfähig, Diagnose: „Imbezillität mit hysterischen Zügen.“ 10% Rente. — Später verhaftet wegen unbefugten Tragens eines Ordens!

Heiratete nach sehr kurzer Bekanntschaft eine um 14 Jahre ältere Frau. Schon damals (1918) litt er regelmässig an periodisch auftretenden Anfällen von Schütteln und Zittern mit Schaum vorm Munde. Träumte äusserst lebhaft im Schlaf, phantasierte, sprach laut, aufgeregt vom Krieg, von Franzosen, vom Angriff, vom Schiessen u dergl. Sprang dabei oft aus dem Bett, kroch auf dem Boden umher, suchte unter den Möbeln, lief traumwandlerisch in andere Zimmer. Amnesie am Morgen Der Krieg war sein Tagesgespräch; in dem Sinne einer Betonung seiner Bereitwilligkeit und Tapferkeit zu einem neuen Krieg Stolz auf seine Erlebnisse.

Verhältnis zur Frau innig, kindisch. Sagte immer Mutter zu ihr Uebertrieben um sie besorgt, sehr nachgiebig, folgsam. Hatte der Frau gegenüber keinen eigenen Willen; sie „verstand“ ihn ganz pflegte er zu sagen. Grosses Anlehnungsbedürfnis, sehr oft unmännlich-weiblich. Geschlechtlich sehr zurückhaltend. Freude an kleinen Kindern.

Der Beginn der Erkrankung vollzog sich in einem allmählichen Uebergang der neurotischen Anfälle in einen rasch sich steigernden Zustand depressiver Hilflosigkeit. Seit 1 Jahr Schmerzen im Rücken und an seiner Kriegsverletzung am Bein. Monatelang arbeitslos, verbrachte die ganze Zeit mit Jammern, sorgte sich sehr um seine Zukunft, bezog alles auf seinen Kriegsschaden. Gegen Fremde sehr reizbar, bekam dauernd Streit. Vergesslich, konnte die einfachsten Alltäglichkeiten nicht mehr behalten, rechnete ganz falsch Hockte untätig zuhause herum, Unverständliches mit monotoner Stimme redend. Auf ein Wort seiner Frau heulte er. In dem Mass wie er zu anderen reizbarer wurde, zeigte er sich läppischer und weichlicher gegen die Frau, beständig Tränenausbrüche. Stellte neuerdings Rentenantrag; Ungeduld, Hartnäckigkeit, kam deshalb rasch in den Geruch eines Rentenneurotikers. Hatte in seiner schwächlichen Taten-

losigkeit keine andere Beschäftigung, als Tag für Tag in die Poliklinik zu laufen.

In allem verlangsamt, ständig von Angst beherrscht; lief oft in die Kirche, weinte und betete, dass er wieder gesund werde. Sass stundenlang für sich. Brauchte den ganzen Vormittag zum Anziehen, suchte mittags noch nach seinem Kragenknöpfchen; wie die Frau ihn vorsichtig ermahnte, heulte er. Keine Anfälle mehr. Stimmung anhaltend traurig und läppisch-furchtsam. Völlig hilflos.

Der Militärbericht spricht eine deutliche Sprache, er lässt nichts übrig als einen imbezillen Hysteriker. Der Grad der Imbezillität lässt sich nachträglich nicht mehr feststellen. Die Betonung der „guten" Art des Patienten durch die Angehörigen spricht offenbar für Imbezillität, desgleichen die wiederholte gonorrhoische Infektion während des Kriegsdienstes. Auffällig ist die jahrelange Dauer der psychogenen Anfälle nach dem Kriege; die ersten Symptome der Paralyse verschwimmen ganz mit dem neurotischen Zustandsbild. Seiner weinerlichen, unselbständigen Veranlagung nach wird B. immer hilfloser und schwächlicher. Es kommt zu einer allgemeinen Verlangsamung und Hemmung, zu einer depressiven Phase mit hypochondrischen Sensationen. Hysterische Symptome halten zunächst an. B. macht einen pseudodementen Eindruck, eine Reihe seiner Beschwerden sind psychogener Natur. Es besteht, wenn auch nicht eine Krankheitseinsicht, so doch ein gewisses Krankheitsgefühl. Schwer zu sagen ist, was in dem vorwiegend depressiv-hypochondrischen Krankheitsbild, im einzelnen Auswirkung der Hysterie und was paralytisches Symptom ist, noch schwerer, was auf ursprünglicher Imbezillität und was auf exogener Demenz beruhen mag.

Eine unvorhergesehene Reaktion nach dem zweiten Fieberanstieg: eine Phase negativistischer Sperrung, ein kataloner Stupor. Eindrucksvoll sind stereotype, manierierte Handlungen, impulsive Gewalttätigkeiten mit dumpf-sexuellen Zügen, autistische Erscheinungen und Verbigerationen. Halluzinationen werden nicht beobachtet. Wesentlich bleibt für den ganzen Verlauf die dumpfe, triebhafte Angst des Kranken. Bemerkenswert erscheint die abweisende Haltung des Kranken gegen seine Frau, im Gegensatz zu seiner früheren, krankhaften Anschmiegsamkeit. Zur Euphorie mit Spuren schwächlicher Grössenideen kommt es erst in der Agonie. In der präpsychotischen Persönlichkeit ist kein Grund zur Annahme einer latenten Schizophrenie oder einer schizophrenen Anlage.

Ob die schizophrenen Symptome die unmittelbaren Folgen des fortschreitenden Destruktionsprozesses sind — und somit psychologisch unbegreiflich, oder ob sie kurzweg als „Recurrensreaktionen" aufzufassen sind — und damit ebenso unverständlich, kann nicht entschieden werden; ein Problem, das später noch einmal berührt werden muss.

Vielleicht bewirkt die psychopathische — freilich nicht schizoide! — Veranlagung allein eine derartige Form der Paralyse oder eine der-

artige Reaktion auf die Recurrenstherapie; vielleicht wirkt erst die Summation von Imbezillität, Hysterie, Paralyse und Recurrens zu einem schizophrenieähnlichen Zustandsbild zusammen. Tatsächlich ist dies, in seinem Verlauf bis zur zweiten Fieberattacke wird die Paralyse durch die präpsychotische Persönlichkeit bestimmt.

Die Willensenergie, das Selbstbehauptungsvermögen — im Prämorbiden schon schwach entwickelt — ist völlig abgebaut. Auch die anderen persönlichen Funktionen liegen darnieder: Gefühlserregbarkeit, Willenserregbarkeit und Richtungseigenschaften.

9. Joseph N., Israelit, geb. 24. 12. 75, unverh., Kaufmann.
Aufnahme: 28. 10. 2 .

Familienanamnese o. B. Absolvierte eine Realschule. Mit 16 Jahren Kaufmannslehre. 5 Jahre in einem Getreidegeschäft, dann Spediteurgeschäft. 1902/04 in London. 1904/06 Bankgeschäft in Berlin, seit 1907 Kursmakler in München. In England Lues; sofortige Behandlung mit Hg-kuren (6 Kuren in 3 Jahren). 1914 Schwindelanfälle, Unsicherheit beim Gehen.

1916/18 Garnisonsdienst; in dieser Zeit Gehstörungen, von einem Lazarett ins andere, schliesslich als dienstunfähig entlassen.

1918 Schmierkur, 1919 „Nervenzusammenbruch". Herbst 1919 und Frühjahr 1920 Salvarsankuren. Ende August 19 0 rascher psychischer Verfall, Unfähigkeit zu arbeiten. 6. 9./19. 10. 20 Kuraufenthalt in einer Anstalt bei Oberstdorf. Oktober 1920 Recurrensimpfung in der Münchener Klinik: darauf erhebliche psychische Besserung. Mai 1921 erneuter Rückfall, zweite Impfung mit Recurrens, ohne Erfolg. 8. 7. 1922 Malariainfektion durch Professor P. in Hamburg. Darauf vom 10. 7. 1922 bis 19. 9. 1922 in der Anstalt Neuwittelsbach, vom 19. 9. bis 28. 10. 1922 Kuranstalt Neufriedenheim, dann Ueberführung in die Klinik.

Bei seiner Aufnahme in die Kuranstalt bei O. noch wenig psychische Symptome. Magenbeschwerden, Schlaflosigkeit, Kopfweh, Aergerlichkeit, heftige Szenen mit Erbrechen und Zittern, Vergesslichkeit. Nach der Recurrensbehandlung wesentliche Besserung; bis Mai 1921 wieder arbeitsfähig.

In Neuwittelsbach psychisch-stumpf, benommen, matt.

3. 8. 1922, 22 Tage nach der Malariaimpfung traten Verfolgungsideen auf. N. meinte, er müsse sich durchs Fenster retten, für einen Augenblick, dann wieder klar. Er begann viel mit sich selbst zu sprechen, auf Befragen gab er in gleichgültig-stumpfem Tone an, seine Verwandten würden ihm alles wegnehmen und seine Kleider zerschneiden. Allmählich konzentrierten sich die Wahnideen auf die Person des Schwagers des Kranken und nahmen immer hartnäckigeren Charakter an. Nachts Halluzinationen, Hilferufe aus dem Garten herauf. Bald unklare bereits reichlich demente Ideen von Politik und Sowjetstaat; immer mehr deutete er die Umgebung wahnhaft um, schliesslich kam es zu anhaltender Unruhe und Erregung.

In Neufriedenheim erklärte er, Leute seien aus Neuwittelsbach mit hergekommen, die ihn umbringen wollten. Nachts versuchte er seine Zimmertür mit Möbeln zu verrammeln. Früh morgens kleidete er sich an, packte seine Sachen um fortzugehen, liess sich täglich zum Bleiben bewegen. Hörte Stimmen: seine Schwester sei gestorben. Affektlosigkeit und Stumpfheit des Patienten seinen Ideen gegenüber. Die schwersten und traurigsten Vorstellungen berichtet er mit gleichbleibender Ruhe.

Bei der Aufnahme in die Klinik widerwillig und mürrisch, verweigert die Antwort. „Wozu soll ich denn dies sagen, das hab ich doch alles schon hundertmal gesagt." Gereizt und rasch aufbrausend. Umfangreiche Wahnidee von riesigen Beobachtungsuhren mit denen man durch die Wände bis aufs Innere dringen könne, die Aerzte würden damit die Bewegung des Gehirns

sehen, eine Pflegeschwéster in Neuwittelsbach habe auch eine solche gehabt. Es gäbe Uhren, mit denen man ganz Europa absuchen könne; sonderbarerweise hätten die Leute gar keine Ahnung davon. Stimmen höre er seit August. Ganz deutlich höre er die Stimme von Professor P.

Alle Leute in der Klinik seien Sowjet, die ihn beobachten würden, er allein sei Antisowjet. Man wolle ihn vergiften. Schlangen seien in seinem Essen. Er habe selbst ein Beobachtungsgehirn, mit dem er alles sehen könne. Er höre beständig Stimmen, die ihm alles Wissenswerte sagten und ihn auf dem Laufenden hielten. Dabei leicht mokantes Lächeln, grosse Selbstverständlichkeit, unzugänglich gegen Einwände. Aeusserlich geordnet, auffallend ruhig Manchmal Antworten mit leisen unverständlichen Worten auf Stimmen. Auf Befragen sagt er: „Ich kann das alles nicht so erklären, quetschen sie mich nicht so aus, ich weiss genau, was ich will und dass die Stimmen richtig sind."

Draussen gehe alles durcheinander, die Post sei unterschlagen, viele Firmen seien geschlossen worden; überall seien massenhaft Fälschungen und Schwindel. Sehr erregt auf die Frage, ob er krank sei, sonst freundlich und ruhig; dabei versteckt misstrauisch und überlegen in seinen wahnhaften Ideen.

Plötzliche Veränderung: Will sich nicht waschen, unzugänglich gegen jedermann, verbittet sich jede Störung; versagt die Nahrungsaufnahme Alles sei von den Sowjets vergiftet. Eine gewisse Systembildung ist angedeutet: Dr. oder auch Konsul W. (der Schwager des Kranken) sei der Führer der Sowjets. Diese staatsgefährliche Partei habe grosse Ausdehnung und schädige ganz besonders ihn an seiner Gesundheit Es seien Vorschriften erlassen worden, dass er nicht mehr lebendig herauskomme. Ueberall sei er bisher entflohen Dr. W. übernehme die Präsidentschaft von Bayern, Neufriedenheim und Neuwittelsbach Er werde vergiftet und die Behandlung werde bewusst hingezogen. Die sogenannte Rückenmarkspunktion sei ein Verbrechen, man wolle ihm mit tödlichen Nadeln die Wirbelsäule durchbohren und Gift einspritzen „Das ist der Beginn des Todesurteils und eine Schande für die Klinik."

Ueberall spreche man von ihm, die Leute redeten, Nonnen seien um ihn, in Wirklichkeit maskierte Männer, es seien immer die gleichen Leute. „Der Fall N. ist ja bekannt."

Er lasse sich nur von seinem Arzt behandeln, das sei Prof. P. und Geheimrat K. Als Prof. P. tatsächlich erscheint, erklärt der Kranke ihn für den Falschen, für Mache Er sei bisher nur von Machern behandelt worden.

Nach langem Widerstreben lässt er endlich durch Prof P. eine Lumbalpunktion vornehmen. Nachträglich sagt er wieder, dass dies nur der falsche Prof. P. gewesen sei.

Er lässt sich nicht rasieren, isst nur auf dem Korridor. Die anderen Kranken verhöhnten ihn, die seien nur dazu da, ihn zu ärgern und die Luft zu verpesten.

Gegen Aerzte verhält er sich immer freundlich. Hie und da wird ihm ein Ausgang gestattet, dabei verhält er sich meist ruhig.

Auf der Abteilung geht er für sich umher, in schiefer Haltung. Eines Tages erklärt er in ziemlicher Erregung, man habe ihn unter dem Namen Petschnikoff, eines Verräters, angemeldet und wolle ihn zur Stunde vergiften, es se etwas Ungeheuerliches, was mit ihm geschehe. Haften an der Sowjetidee. Zeitungen brächten verfälschte Nachrichten, er sei in der Tat königlicher Beamter, die Königliche Regierung sei noch da und müsse für ihn sorgen, bald werde eine weibliche Herrscherin kommen, Kronprinz Rupprecht sei ein Landesverräter usw.

Auf Anregung massenhaft Grössenideen, die alle von einer Gesamtvorstellung beherrscht werden, im einzelnen aber nicht im Sinne eines Systems ineinandergreifen Die Richtung ist deutlich fixiert, peripher bilden sich immer weder neue Einzelvorstellungen in reicher Variabilität. Alle Welt drehe sich um den Fall N. Sogar zu Filmen und Operetten werde er verwendet. Ver-

giftungs- und Angstvorstellungen bestehen dauernd. Dann erklärt der Kranke wieder in pathetischem Tone, er stehe unter dem Schutze des Völkerbundes.

Er sei nicht krank, er werde krank gemacht, die Aerzte seien alle eben keine richtigen, sie hätten nur in bolschewistischen Aerztebüchern gelesen, in denen alles auf seinen Fall umgeändert worden sei. Der behandelnde Arzt sei ein Verbrecher, wie auch Geheimrat K. und Prof. P., alle Nervenärzte seien Verbrecher, weil sie einem auf die Nerven gingen. Hin- und herrennend beginnt er plötzlich zu drohen, den Aerzten gegenüber wahrt er immer noch die Form. –

Gelegentlich unterbricht N. seine ablehnende Haltung, unterhält sich mit den anderen Kranken.

Fünf Monate nach der Aufnahme scheint er in allem gedämpfter und ruhiger. Bald darauf erfolgt ein neuer Schub von Wahnvorstellungen. Mit lebhafterem Affekt spricht er vom Völkerbund. Doch lässt er sich leicht auf ein anderes Thema bringen, unterhält sich dann in liebenswürdiger Weise, formvollendet, läuft plötzlich dem Arzt nach, nach ruhiger und freundlicher Verabschiedung, entwickelt Verfolgungsideen, schimpft auf die Aerzte und ganz besonders auf Prof. P. Wenn man mit anderen Patienten spricht, wird er eifersüchtig. Dann ist er wieder kurz und einsilbig, bringt seine Ideen mit leicht überlegenem Lächeln vor. Der Krieg sei nur ein Börsenmanöver der Münchener Gesellschaft, Kriegsschieber, Zentrum und der deutschnationalen Partei gewesen. Am 1. 1. 1915 sei er schon zu Ende gewesen, nur durch falsche Nachrichten sei er scheinbar weiter geführt worden, das sei alles Täuschung gewesen. Die Kurse seien nur Schwindel gewesen, die Aerzte seien Schieber. Der Kurt Wolff Verlag habe die Memoiren Bismarcks gefälscht, das Wolffsche Telegraphenbüro sei ein Schwindelunternehmen, der Name Wolff bedeute immer Schwindel und Schiebertum. Er wird sehr erregt, wenn man ihm vorhält, ob er nicht selbst ein Schieber gewesen sei. Er habe bloss das W.T.B. aufheben und zu einem I.T.B., einem internationalen Telegraphenbüro umwandeln wollen. England hätte uns geholfen. Alle Fürsten seien Betrüger, die letzten Wittelsbacher seien nur Eingeschobene gewesen: der Kaiser sei ein Zwergkaiser, ein Reisekaiser gewesen, der einzige normale Wittelsbacher sei Ludwig II., er lebe noch. Auch Bismarck lebe noch unter dem Namen eines Herzogs von Lauenburg.

Er, N. sei das Pfand für die Rettung Deutschlands gewesen, ohne ihn wäre es aufgeteilt und besetzt worden. Seit er auf der Welt sei, stehe er unter Kontrolle des Völkerbundes, bei der Geburt sei ihm die Prognose gestellt worden, er werde ein verfolgter Mensch sein: dies sei er seit dem 7. Lebensjahr. Jetzt herrschten die Sowjets in München, darum sei er verfolgt.

Monatelang bringt der Kranke diese Ideen vor, immer in etwas abgeändeter Form: seine Produktion geht vorwiegend in die Breite.

Eines Tages behauptet er, alle Fürsten seien „Hundertfünfundsiebziger", hartnäckig bleibt er bei dieser Behauptung.

Einmal überrascht er mit der Mitteilung, seine linke Pupille sei jetzt plötzlich kleiner, normaler geworden; gegen Einwände ist er taub.

Weiterhin spinnt er Kriegs- und Revolutionsphantasien aus. München werde vom Weltall boykottiert.

Das Halluzinieren dauert an. Der Kranke ist zunehmend schmutzig und verschlampt. Fortschreitender Verfall.

Hypochondrische und Verfolgungsideen bleiben bestehen, sie wechseln von Tag zu Tag, von Stunde zu Stunde ihr Gesicht. Gleichermassen steht die Person des Kranken im Mittelpunkt aller Ideen.

Oft brüllt N. gegen die Stimmen, er werde mit mittelalterlichen Folterwerkzeugen verfolgt, die Nervenärzte seien Nerventrampler, die Klinik sei ein Zuchthaus.

Wochenlang liegt er da, interesselos, stumpf, sagt über die Schultern weg, es sei doch alles Schwindel. Gegen den Arzt ist er dann kühl und förmlich,

zeigt in seinem Benehmen so etwas, wie die vornehme Gelassenheit des Weltmannes. Plötzlich fällt es ihm ein, Eleganz auf Wäsche und Kleider zu verwenden, inmitten seiner Verwahrlosung. Er behauptet von englischen Grafen abzustammen.

Später hört er Stimmen seiner nächsten Verwandten, das seien aber falsche Stimmen. Zu gleicher Zeit nimmt er eine schroff ablehnende Haltung seiner Mutter gegenüber ein; die richtige Mutter sei die klügste und verständigste Frau, diese sei nur ausgetauscht. Die neue Mutter sei bissig und boshaft, sie gehöre zur Partei seiner schlimmsten Gegner. Sein Hauptfeind sei sein Schwager W., der sich auch Joseph N. (sein eigener Name) nenne. Es bestehe eine Brüderschaft zur Ausrottung der Familie N., diese Gesellschaft heisse Emelka. Man wolle ihn impotent machen.

Die Stimmung des Patienten ist gleichbleibend stumpf und ruhig, hie und da unterbrochen von Phasen vorübergehender Erregung. Meist macht er den Eindruck einer interesselosen Schlafmütze; er ist ausgesprochen humorlos. Einmal regt er sich übermässig auf, die Stimmen sagen ihm, in der Stadt laufe ein Doppelgänger herum.

Sechzehn Monate nach der Aufnahme erscheint eine ausgesprochen negativistische Welle. N. ist gereizt, völlig abgeschlossen, spricht kein Wort. Später berichtete er, es seien Dinge geschehen, über die er sich nicht weiter äussern wolle. Nachts schläft er nicht mehr im Bett, sondern in einem Liegestuhl daneben, ohne einen Grund dafür anzugeben.

Plötzlich bricht er bei der Hauptvisite sein Schweigen: ganz gegen seine Gewohnheit schimpft er in unflätigen Ausdrücken, dann rückt er zur Seite. Die unflätigen Ausdrücke (offenbar homosexuellen Sinnes) kehren immer wieder, sinnlose Wut, wildes Schreien. Zu seiner Mutter, die ihn beständig besucht, spricht er kein Wort, isst aber begierig alles, was sie ihm mitbringt. Personen, die er längere Zeit nicht mehr sah, auch Aerzte grüsst er wesentlich freundlicher. Zum Gruss gibt er nur drei Fingerspitzen. Er wird stumpfer und gleichgültiger, untätiger. In farblosem Tone verleiht er seinen alten Wahnvorstellungen Ausdruck. Bei der Visite sagt er einfach: „Was wollen sie denn, ist ja alles Schwindel."

Anfallsweise treten Unarten auf: Pfeifen, Zischen stundenlanges Spucken, Unruhe nachts. Hie und da zerfahrene, manierierte, unverständliche Handlungen und groteske Abwehrbewegungen.

Eine Zeitlang wieder Nahrungsverweigerung. Er ist wortkarg, mürrisch, zunehmend respektlos. Schaut vor sich hin, beschäftigt sich mit sich selbst, fasst mit den Fingern in den Mund. Einmal beisst er sich in die Lippe, lässt sich nicht behandeln, schmiert überall sein Blut herum. Hie und da fängt er wieder zu brüllen an, beschwert sich über Stimmen. Dauernd wechseln Phasen völliger Unzugänglichkeit mit solchen leidlicher Ansprechbarkeit.

10. 2. 25. Dritte Impfung mit Recurrens. Keine Reaktion. Zustand unverändert. — 29 Monate nach der Aufnahme produziert der Kranke eine zerfahrene Geburtsphantasie: Seit Kriegsende gebe es in München nur noch untergeschobene Kinder. Es kämen die Kinder ohne Zähne auf die Welt, Kiefer und Knochen seien da. Die Kinder hiessen „München", von München kämen sie heraus, den jetzigen Verhältnissen entsprechend.

Kratzt sich dabei mit den Nägeln an Gesicht und Zähnen und betrachtet sich im Spiegel. Er tue das, um das Gift herauszuholen, das man ihm nachts einspritze. Einmal fällt es ihm ein, an die Tür angelehnt, stundenlang stehen zu bleiben, und den Saal zu beobachten. Unvermittelt fängt er dann wieder zu schreien an. Er höre das Weltall eben, „alles und nichts, alles". Erregungszustände wechseln mit apathischer Ruhe. Er habe nichts zu klagen, er sei in eine fremde Welt gekommen, alles sei fremd, die Sprache und die Menschen, er könne das schwer schildern. Das sei nur der Gedankengang von Leuten, die er sein ganzes Leben lang nicht gesehen habe. In der Klinik sei er nur angegriffen, verschandelt und misshandelt worden. Schon in der ersten Nacht

habe man ihm Gummi auf den Bauch gespritzt, das käme jetzt erst zum Ausbruch Man wolle ihn umbringen.

Er sei nur das Spiel von Spott und Hohn, auf ihn ziele alles. Einmal berichtet er unklar von einer Vision: Kopf — Pantoffel — oder Mantel. Nach dem Kriege sei er einem Verwandten in die Hände geschafft worden, er habe eine Malaria-Diphterie-Cholerakur mitgemacht, es seien immer die gleichen Witze und Scherze. Er führe eine schreckliche Lebensweise „sie" hätten ihn eingekerkert, von allem abgeschnttten und Betäubungsmittel gegen ihn angewandt. Die Häuser, die er hier sehe, könnten ebensogut Bernhardiner oder Hochgebirge sein . . In seinem Innern sei Gummi, Siegellack, Gehirnbruch. Das sei Verfolgungswahn, verfolgen tue heute die ganze Welt.

Er sitzt mit mürrischem Gesichtsausdruck da, stiert meist nach einer bestimmten Richtung, gänzlich bewegungsarm, lächelt blöde, zuweilen stöhnt er. Oft spricht er murmelnd vor sich hin.

Ueber politische und wirtschaftliche Dinge ist er gut unterrichtet. Begriffsbildung und Rechenvermögen sind noch immer gut. Auf ethische Vorstellungsfragen entwickelt er eigene, zerfahrene Ansichten. Sein Wesen ist vorwiegend apathisch. — 3 Jahre nach der Aufnahme.

Gegen den Berichterstatter in misstrauisch-mürrischer Zurückhaltung. Erst nach längerem Bemühen ist er zum Sprechen zu bringen. Er spricht immer gleichsam etwas nebenher für sich, sehr undeutlich mit einer sarkastisch-resignierten Note.

Er sei eigentlich nicht krank, aber man sage es von ihm, und dann wird es wohl so sein Es seien eben so krankhafte Ausflüsse früherer Störungen bei ihm. Auf die Frage, ob er sich täusche, sagt er: „Was kann ich denn machen? Die Aerzte sagen das so; jetzt bin ich gesund." Oder auch: „Das wird wohl so sein".

Mit seinen Händen macht er beständig reibende und kratzende Bewegungen.

Vorherrschend ist der Mangel an Initiative. Zu Erregung kommt es kaum mehr Nach vierjährigem Klinikaufenthalt ist das Zustandsbild immer noch gleich. Gegen früher ist bemerkenswert die zunehmende Verlangsamung und Versumpfung. Das Groteske und Pathetische verschwindet immer mehr. Ein eintöniges, beharrliches Zustandsbild hält an.

Der langen Krankheitsgeschichte gegenüber hat die präpsychotische Persönlichkeit eine eindeutige Gestalt. Nach dem Zeugnis der Mutter war N. ein mittelmässiger Schüler, „nicht gerade intelligent". Seine Kindheit war ohne Auffälligkeiten. Er war immer ein guter Sohn, mit seiner einzigen Schwester verträglich, von Natur aus wenig mitteilsam und ruhiger Art, hat niemals einen Freund gehabt, war immer für sich. Gesellschaften und Unterhaltungen war er wie allem lauten Wesen abhold.

Niemand wusste näheres über ihn: denn er verkehrte mit keinem Menschen. Auffallend ist das Unstete seiner Jugendzeit. Nirgends blieb er, nirgends fasste er Wurzeln. Als er von England zurückkam, war er noch mehr zugeknöpft als vorher. Seitdem etwas absonderlich, immer für sich.

Interesse für wirtschaftliche und politische Fragen, ohne selbst eine aktive Rolle zu spielen. Er betrachtete die Dinge aus der Entfernung. Ueberall bewahrte er die Ruhe In seinen Geschäften war er sicher und selbständig, führte seine Bücher mit peinlicher Genauigkeit. Zu Hause wurde ihm in seiner mürrischen, unfreundlichen Art, seiner grundsätzlichen Bescheidenheit wegen viel nachgegeben

Schon 1914 entwickeln sich tabische Symptome. Erst von 1919 auf 1920 kommen psychische Krankheitszeichen hinzu. Zunächst neurasthenische Syndrome. Die intellektuellen Leistungen sind noch gut. Bei seinem ersten Kuraufenthalt ist das Nörgelnde und Mürrische des späteren klinischen Bildes schon ziemlich ausgeprägt. Dazu treten hypochondrische Ideen, Wutanfälle und psychogene Symptome. Nach der ersten Recurrensbehandlung tritt eine überraschende Besserung auf bis zum Mai 1919. Eine zweite Recurrensimpfung

bleibt wirkungslos. Mit der Zunahme der tabischen Beschwerden geht eine fortschreitende psychische Verstumpfung einher. Nach der Malariaimpfung verändern paranoide Wahnvorstellungen das klinische Bild.

Leider ist bei der Unzulänglichkeit der Angehörigen eine genauere Zeichnung der prämorbiden Persönlichkeit nicht möglich, die bei der Differenziertheit des klinischen Bildes besonders wünschenswert wäre. Wesentlich ist Folgendes: N. ist von Natur aus ein Sonderling, ein dystoner, verschlossener, undurchsichtiger Charakter ohne bemerkenswerte weitere Temperamentausschläge Ungeselligkeit, Mangel an Gemüt und an Anpassungsfähigkeit sind ihm eigen.

Bei der Rückkehr aus England fällt eine Steigerung der bisherigen Eigenart auf: wichtig wäre die Genese dieser eindrucksvollen Erscheinung Ist sie ein Zeichen seines natürlichen Mangels an Anpassungsfähigkeit, die sich bei der Rückkehr in die alten Verhältnisse geltend macht oder handelt es sich um einen schizophrenen Schub?

Tatsache ist, dass sich N. in England infizierte. Die Sorgfältigkeit, mit der der Kranke sämtliche therapeutische Möglichkeiten an sich anwenden liess, spricht für seine hypochondrische Einstellung.

Die Psychose entwickelt sich zu einem Zustandsbild, dessen Eigenart in einer ablehnend mürrischen Grundstimmung, einer mit häufigen Erregungen verbundenen autistischen Einstellung unter schroffer Behauptung des persönlichen Willens besteht. Der aus der Gesundheit berichtete Zug zum Mürrischen bleibt im ganzen Verlauf deutlich ausgeprägt. Eine entschiedene Wendung entsteht durch den plötzlichen Einfall der paranoiden Halluzinose. Nicht nur in den mehr peripheren Symptomen (Maniriertheit, Perseveration, Verbigeration u dergl.), sondern auch in der Gesamthaltung, in allem, was verworren, verschroben, verblüffend nach aussen gelangt, in allen erkennbaren Ausflüssen des seelischen Lebens, handelt es sich bei N. um ein nun vier Jahre bestehendes schizophrenes Zustandsbild.

Das Wahrscheinliche ist wohl, dass wir hier einen Schizophrenen vor uns haben, der noch eine Paralyse dazu bekommen hat. Wie sich im einzelnen diese beiden Erkrankungen und schliesslich noch die Malariainfektion in ihrer Bedeutung als pathogenetische, pathoplastische und etwa provozierende Faktoren im Krankheitsbild verhalten, lässt sich nicht ohne weiteres sagen.

10. Philomene M., 48jährig, Weinwirtswitwe, geb. 5. 12. 77. Aufnahme: 23. 2. 26.

Uneheliches Kind, die Mutter stammte aus guter Familie, wurde aus dem Hause gejagt, starb im Irrenhaus. Patientin war eine gute Schülerin, gesund, nichts Absonderliches. Küchenmädchen, Kellnerin. Mit 26 Jahren eine Tochter. 1912 heiratete sie, betrieb mit ihrem Manne eine Weinwirtschaft, die sie im Kriege selbständig weiterführte. Wenige Monate nachdem der Mann gefallen

war, sah sich die Polizei genötigt, ihr die Wirtschaftskonzession zu entziehen. Seitdem lebte sie vom Zimmervermieten und von Unterstützungen ihres Schwiegersohnes.

Seit einigen Monaten auffällig. Wegen gröblicher Verstösse in der Oeffentlichkeit eingewiesen.

Mittelgross, kräftig, etwas verfallene Züge.

Bei der Aufnahme sehr lebhaft, euphorisch, desorientiert.

Bereitwilligste Auskunft, oft verblüffend prompt, tatsächlich aber durchwegs falsche oder ungenaue Antworten. Sie sei immer lustig gewesen, habe täglich 4—5 Flaschen Schnaps, Wein und Sekt getrunken, alles was es eben gab. Sie habe 2 Kinder, diese sind bald 17, bald 21 Jahre alt, bald gibt sie ihr eigenes Alter für das ihrer Kinder an. Sie könne das nicht mehr so genau wissen, sie sei furchtbar vergesslich geworden, sei überhaupt „etwas nervös".

Erzählt, sie habe 1914 die ersten Menses gehabt, habe 1907 geheiratet, dann wieder habe ihre Tochter damals geheiratet. Völlige Verständnislosigkeit der Situation gegenüber. Kritiklose Prahlerin. Infectio negatur. Wenn man sie nach ihrem Mann fragt, erzählt sie alle möglichen Einzelheiten, nennt ihn ihr „Mannderl", ihren „Herrn" und „Bräutigam", in der Tat meint sie ihren Zimmerherrn. Einige Diebstähle, die sie kurz vor ihrer Internierung gemacht hat, gibt sie ruhig zu, ohne jeden Affekt. Sie weiss selbst nicht, warum sie gestohlen hat, es sei ihr „grad so eingefallen". Seit 5 Jahren habe sie Kopfweh, müsse oft weinen, sie habe dann 5 – 6 Flaschen Wein getrunken. Sie habe eben Daseinssorgen, müsse kümmerlich leben, dabei lacht sie sehr vergnügt.

Rechnen sehr rasch, aber sehr fehlerhaft; Intelligenzprüfung ergibt grobe Ausfälle. Der Grad der Demenz ist geringer als er zunächst erschien. Die Patientin spricht nach Laune darauf los, versucht durch komisch-patzige Antworten den lästigen Frager abzuschütteln. Sie hat keine Lust, sich beim Rechnen anzustrengen, gibt beliebige Zahlen zur Antwort, die ihr gerade einfallen.

Stimmung unverwüstlich gut, lebhafte ausgelassene Art. Manchmal etwas unruhig, sieht dann mit hartem Blick, mustert die Umgebung; trommelt selbstbewusst mit den Fingern. Einmal kommt es zu einem kurzdauernden Erregungszustand, lautes Schreien.

Scherzworten ist sie immer zugänglich. Manchmal gefällt es ihr, sich geziert, etwas theatralisch zu geben. Meist ist sie sehr entgegenkommend, nur nachts unruhig und laut. Hochgradig unrein und inkontinent, muss viel im Bad gehalten werden.

Gegen den Berichterstatter ist sie von munterer Ansprechbarkeit und Lebhaftigkeit, sie gibt ebenso prompte, wie falsche Antworten. Sie sitzt halb aufgerichtet im Bett; man hat bei ihr den Eindruck, als ob sie einem alles geflissentlich servieren wollte, unbekümmert um den Inhalt. Gern spricht sie von ihrem Zimmerherrn, den sie mit schmeichelnden Beiwörtern belehnt. Ihr Alter wechselt beständig: bald ist sie 59, bald 27 Jahre alt. Auf den Unterschied aufmerksam gemacht, meint sie „das ist ja gleich": eigenartig glucksendes Lachen, das einer leeren Koketterie zu entstammen scheint. Bei der Unterhaltung liegt sie mit entblössten Brüsten da; es bedarf mehrerer Aufforderungen, bis sie sich mit einer schelmisch-armseligen Geste bedeckt. Gern prahlt sie von ihrer Weinwirtschaft, sie habe immer viel mit Männern zu tun gehabt, sei auch sehr oft „beschwipst" gewesen.

Vier Wochen nach der Aufnahme zunehmende Unruhe. Sie will nicht mehr im Bett bleiben, läuft mit ratlosem Gesichtsausdruck umher. Bald nach der Malariainfektion schwindet ihre elementare Unruhe. Sie weint gelegentlich, bittet um Verzeihung, ersucht um Entlassung, verlangt nach ihrem „Mann", doch lässt sie sich leicht beruhigen, sagt zu allem ihr leeres „Ja, ja".

Im Schüttelfrost stöhnt sie laut, sagt jeden Tag, sie müsse heim, ihre Mutter sei sehr schwer krank. Sie ist wieder viel zugänglicher, äusserst suggestibel, freut sich kindisch jeden Tag, dass es morgen vorüber wäre. Nach Entfieberung mit Chinin erholt sie sich rasch.

Wieder munter und sorglos, schreibt Briefe an ihren Zimmerherrn, gibt sich sehr freundlich, ist völlig orientiert, erinnert sich an alle Einzelheiten ihres Klinikaufenthaltes und an frühere Erlebnisse. Amnesie über die Zeit unmittelbar vor ihrer Aufnahme. Ueber das Polizeiverfahren gegen ihre Wirtschaft ist sie merkwürdig gut unterrichtet, man fühlt deutlich ihr Bestreben, die Dinge zu verschleiern und zu beschönigen, was ihrem bisherigen Verhalten sehr widerspricht.

Sie fühle sich wieder ganz gesund, will heiraten und ein kleines Geschäft betreiben: sie sei eben eine Geschäftsfrau. Das sagt sie lebhaft, mit sicherem Optimismus, aber doch wesentlich beherrschter als früher. Auch nennt sie ihren Zimmerherrn bei seinem richtigen Namen. Immer noch besteht ein halbunterdrücktes, zwangmässiges Lachen.

Die Demenz ist gleich geblieben, die Stimmung ein wenig gedämpft, das Willkürliche und Ausgelassene ist abgeschwächt.

27. 9. 26. Ueberführung in die Anstalt Haar.

Nach dem Bericht der Angehörigen war die M. von Jugend auf locker und leichtlebig. „Tugendhaft war sie nie", bezeugt ihre uneheliche Tochter. Rasch im Handeln und tüchtig im Beruf. Oft hatte sie Wutanfälle, deshalb war sie überall beim Personal gefürchtet. Sie war verschwenderisch und putzsüchtig, trank sehr viel. Schon 1913, zu Lebzeiten des Mannes, der in seinem Hause nicht allzuviel zu sagen hatte, wurde ein Verfahren wegen unsauberen Wirtschaftsbetriebes eingeleitet, wegen Mangel an Beweisen dann wieder niedergeschlagen. Erst 1917 wurde der M. die Konzession zur Wirtschaftsführung entzogen, da sie ihr Geschäft nach Art einer Animierkneipe betrieb. Wüste Zustände herrschten in ihrem Weinhaus. Es gehörte zum Selbstverständlichen, dass sich Wirtin und Kelluerinnen den Gästen auf den Schoss setzten, sich küssen und abgreifen liessen.

M. pflegte ihre Tochter oft zu misshandeln; wenn sie in Wut kam, warf sie das Küchenmesser nach ihr, so dass die Hausinwohner öfters mit Anzeige drohten. Feinere ethische und ästhetische Gefühle kannte sie nicht. In schamloser Weise bemühte sie sich, ihre Tochter an den Mann zu bringen, oder gar in unanständigen Verkehr, bis diese das Haus verliess. Als sie nach Jahren wiederkam, wurde sie buchstäblich hinausgeworfen.

Erst zwei Tage vor der Aufnahme wurde die Patientin „lieb" zu ihrer Tochter. Nach dem Tode ihres Mannes soll sie sehr traurig gewesen sein, doch siegte bald ihre praktische Rührigkeit. Sie wusste sich gut durch die schlechten Jahre zu bringen.

Seit einigen Monaten benahm sie sich auffällig. Sie sass stundenlang auf der Treppe, lief planlos umher, verkaufte alles gegen Alkohol und betrank sich oft. Ihr Gedächtnis wurde miserabel, sie war sehr verwirrt, reizbar, gespannt, benahm sich selbstbewusst und geziert. Hochgradig war bereits ihre Unreinlichkeit. Seit 14 Tagen ging es rasch abwärts. Sie stahl sinnlos Gegenstände, von denen sie keinen Gewinn hatte, lachte, als man sie ertappte.

Stuhl und Urin liess sie unter sich gehen. Ohne Scham verrichtete sie ihre Notdurft auf offener Strasse.

Eine ethisch minderwertige, mit lebhaftem praktischen Sinn begabte Persönlichkeit unverwüstlich hypomanischen Temperaments erfährt in der Paralyse vor allem eine Beseitigung ihrer ohnehin bescheidenen Hemmungen. Das Lebhafte und Heitere aus dem gesunden Leben wird zum Manischen hin verstärkt; die ursprüngliche Persönlichkeit ist lediglich vergröbert. Der Grundton des klinischen Bildes ist eine durch gewollt-liebenswürdige, selbstgefällige Grazie gemilderte Schamlosigkeit. Das Analogon zu den „Wutanfällen" in der Vorgeschichte bilden rudimentäre Erregungszustände. Deutlich ist das Unbeherrschte

und Lockere des Charakters; das Gebahren der Patientin erinnert lebhaft an ihr früheres Milieu. Zur Ausbildung eines Grössenwahnes kommt es nicht. Die Kranke begnügt sich mit harmlosen Übertreibungen und Prahlereien. Die Demenz ist ziemlich fortgeschritten, ihr entsprechend der Verlust an Willensenergie und Selbstbeherrschung. Regsamkeit und Willensrichtung treten in erhöhtem Fluss zu Tage. Gelegentlich schimmert ein leises Krankheitsgefühl durch, das im Schüttelfrost bemerkenswerter Weise auf die (längst verstorbene) Mutter projiziert wird. Die Paralyse verläuft unkompliziert, einhellig durch die ursprüngliche Persönlichkeit bestimmt.

11. Friedrich M, 40jährig. Chauffeur, geschieden; geb. 17. 9. 85. Aufnahme: 28. 8. 26.

Die Mutter eine unternehmungslustige Frau mit unstetem Lebenswandel. Ein Bruder der Mutter war dreimal als Alkoholiker in der Anstalt, ein Sohn eines anderen Mutterbruders war angeblich in der Irrenanstalt.

M war immer etwas ängstlich. Keine Besonderheiten. Mechanikerhandwerk, Kraftfahrer. Nach dem Tode des Vaters zog er mit der Mutter umher, die auf Jahrmärkten und Messen Kantinen betrieb. 1913 heiratete er eine Artistin, die ein bewegtes Leben hinter sich hatte. Mehrere Jahre betrieb er ein Delikatessengeschäft, verdiente nebenbei noch als Kraftfahrer. 1915 rückte er als Pionier ein, kam 3 Monate ins Feld. April 1916 „Verschüttung".

Darauf Schwindelanfälle, Platzangst, nervöse Beschwerden, 1 Jahr lang in Lazaretten. Als dienstunfähig mit 10% Rente entlassen. Bis 919 arbeitete er als Monteur, in der „Roten Republik" „Lebensmittelkontrolleur", seitdem lebte er von der Arbeitslosenunterstützung und vom „Gelegenheitshandel". Am 13. 3. 20 erstach er im Streit einen Betrunkenen.

Vom 28. 5 bis 14. 7. 20 zur Begutachtung in die Klinik. Als Psychopath mit hysterischen Reaktionen charakterisiert. Die Annahme eines agitierten Rausches wurde abgelehnt, der Schutz des § 51 RSG. konnte ihm nicht zugesprochen werden, verurteilt zu 2½ Jahren Gefängnis. 1. 1. 22 aus dem Gefängnis entlassen.

Vor drei Jahren wurde die kinderlose Ehe geschieden. Seitdem ziellos ohne Arbeit, nur vorübergehend Stellung als Kraftwagenführer, lebte angeblich vom Uhrenhandel in Wirtschaften.

Schon seit zwei Jahren ist er wesentlich verändert, seit einem Jahr auffällig, seit einigen Tagen bestehen körperliche Symptome.

Mit 18 Jahren gonorrhoische Infektion; luetische unbekannt. Weinabusus. M. war sehr oft betrunken.

Gibt mit mühsamer, äusserst langsamer Stimme Auskunft, erinnert sich an seinen früheren Klinikaufenthalt: im Gefängnis sei es ihm sehr schlecht gegangen, er habe sich seitdem „halt so herumgetrieben". Das Datum seiner Ehescheidung weiss er nicht mehr, das Verschulden sei beiderseitig gewesen. Seine Frau habe mit dem Zimmerherrn ein Verhältnis gehabt. Seine Angaben sind äusserst dürftig, widersprechen sich dauernd. Seine Nerven seien einfach ganz kaput, er sei schon immer nervenkrank gewesen, jetzt sei es ganz schlimm. Auf nähere Anfragen weiss er nur über unbestimmte Magenschmerzen zu klagen; lässt sich dann Beschwerden suggerieren. Auffallend ist die Zunahme des Stotterns, wenn er davon spricht.

Benehmen sehr schwerfällig, das An- und Ausziehen ist ihm eine nahezu unmögliche Arbeit, er kann keinen Knopf selbständig einmachen. Beim Stottern lebhafte Bewegungen mit den Händen. Auffallend ist, dass er nach der Untersuchung plötzlich rasch und munter zur Türe läuft, während seine Bewegungen sonst nicht zu erwarten sind. Die Frage, ob er bewusst widerspruchsvolle

Angaben mache, weist er energisch mit einer Art auffälliger Entrüstung zurück. Bei der Exploration sitzt der Patient bewegungslos auf dem Stuhl, stiert auf einen Punkt hin, lässt sich leicht ablenken, betrachtet mit ratlosen, unruhigen Augen den Arzt, wagt ihn nicht richtig anzusehen, wendet seinen flackernden Blick ängstlich ab. Sehr unaufmerksam, hilflos, verständnislos.

Auffassung, Gedächtnis, Merkfähigkeit, Rechnen sehr schlecht. Begriffsbildung und Urteil noch leidlich.

Kurze Zeit nach der Aufnahme wird M unruhiger, drängt hinaus, steht mit ratlosem, schlaffem Gesicht umher. Zusehends widerstrebender, gibt keine Antwort mehr, macht einen benommenen Eindruck.

Bald darauf klagt er über Stimmen, die Höhnisches über ihn aussagen: dass er immer dicker werde, dass er minder aussehe.

4. 9. 26 Malariaimpfung. Der Kranke liegt steif im Bett, mit starrem, ängstlichen Blick. Auf Fragen äussert er in dauernder mühsamer Wiederholung, er habe keinen Stuhlgang.

Im Schüttelfrost benimmt er sich ruhig, bleibt steif liegen. Dem Berichterstatter sieht er starr mit ratlosem Ausdruck in die Augen, wendet keinen Blick von ihm. Aengstlich gespannt, kindlich hilflos.

Nach einer gewissen Latenzzeit geht er auf alle Fragen ein, spricht mit nahezu unverständlicher, gequälter Flüsterstimme, unsäglich langsam.

Ueber die Ereignisse nach seiner Strafverbüssung fehlt ihm jede Klarheit. Er bejaht, dass ihn seine Tat reue, dass er oft daran denke, dass er davon träume. Doch sind bei der erhöhten Suggestibilität des Kranken alle seine Aussagen mit Vorsicht aufzunehmen.

Bei wiederholten Besuchen zusehends mitteilsamer. Bei der Begrüssung lächelt er zutraulich, aus langsamem Zögern heraus, hält die ihm gebotene Hand während des ganzen Gespräches fest umklammert. Auf Befragen lacht er blöde heraus: „Puls fühlen". — Inmitten hochgradiger depressiver Ideen ist er leicht zum Lachen zu bringen. Affekte lässt er sich jederzeit suggerieren, umso hartnäckiger hängt er an seinen Angstvorstellungen.

Er werde erschossen, er habe das gehört, man habe das gesagt, das Telephon habe geklingelt. Nähere Auskunft kann er nicht geben, auf eindringliches Befragen antwortet er monoton: „Ja, der M. bekommt einen Kopfschuss". — Im Garten unten, auf der Strasse stünden Soldaten, die ihn erwarteten. Sie hätten schon einmal zum Fenster hereingeschossen, der Schuss sei im Schrank stecken geblieben. Er drängt ungestüm dazu, den Schrank zu untersuchen, lässt sich durch Zusicherungen nicht überzeugen, verlangt immer wieder, dass man nachsehe. Häufig sitzt er auf der Bettkante, sieht ratlos ängstlich vor sich hin. Er werde jetzt entlassen, wenn man ihm versichert, das habe wohl noch Zeit, wenn man ihn fragt, wohin er gehen wolle und auf wen er warte, sagt er gleichmässig: „Jetzt kommt der zweite Abgang". Wochenlang antwortet er so. Statt einer Erklärung wiederholt er den Satz. Die Frage, ob er Stimmen höre, fasst er nicht mehr auf, er antwortet mit verständnislosem Blick.

Plötzlich wird er gewalttätig: schlägt nachts einen Pfleger, zertrümmert ein Fenster. Hernach erklärt er, der Pfleger habe ihn angegriffen. Wiederholt beständig seine stereotypen Sätze. Dabei entspricht sein starres, ängstliches Betragen doch bei weitem nicht der Vorstellung des Erschossenwerdens, andrerseits zeigt M. auch keine eigentliche Entschlossenheit zur Befreiung, er wartet lediglich darauf.

Trotz seiner dumpfen Selbstbeschäftigung hat er einiges Interesse für seine Umgebung: in primitiver Weise erzählt er von anderen Kranken. Seine armen Beobachtungen bringt er immer wieder mit verständnislosem Lächeln vor.

Meist ist er für sich, spontan spricht er kaum etwas; hypochondrische Ideen beherrschen ihn. Häufig klagt er über den Stuhlgang.

Zunehmende Verstumpfung.

15. 10. 26 körperlich sehr elend. Der Kranke schläft unterm Sprechen ein, sieht fremdartig auf, lächelt dann müde, sagt mühsam:

„Himmel auf Erden — alle Tage — Himmel auf Erden". Mehrmals wiederholt er dies in trostloser Monotonie.

Neuerdings Fieber. Hustet sehr oft, krampfhaftes Schlucken.

Pneumonie.

18. 10. 26 Exitus.

Die Aussagen der Schwester, der geschiedenen Frau des Kranken, seine Beobachtung in der Klinik im Jahre 1920, eine Selbstschilderung des Kranken zur damaligen Zeit, beleuchten gründlich Vorgeschichte und Wesensart.

M war ein lebhafter Junge, immer zu Streichen aufgelegt. Aengstlich, litt von Kindheit an an schreckhaften Träumen. Onanierte mässig, hatte mit 18 Jahren sein erstes Verhältnis, acquirierte davon Gonorrhoe. Seitdem verkehrte er ausschliesslich mit polizeilich Prostituierten.

Noch minderjährig wurde er wegen gefährlicher Körperverletzung mit Gefängnis bestraft.

In späteren Jahren wurde er noch zweimal aus dem gleichen Grunde bestraft, mehrmals wegen Zuhälterei, einmal wegen Misshandlung einer Prostituierten angeklagt, wegen Mangel an Beweisen aber freigesprochen. Wesentlich ist, dass M. diese Roheitsakte grundsätzlich an Schwächeren verübte, dass er, wie es im Polizeiakt heisst, besonders Betrunkene „zum Ueberfluss" misshandelte.

Mit 25 Jahren fiel er angeblich auf den Hinterkopf, erlitt eine „Gehirnerschütterung". Er war nach seinen Aussagen nicht bewusstlos, erst nach zwei Monaten will er plötzlich einen Schwindelanfall bekommen haben. (Dauer des Anfalls angeblich 5 Minuten).

Seitdem habe er immerfort in ganz unregelmässigen Abständen Schwindelanfälle bekommen, immer auf der Strasse oder im Freien, niemals zu Hause, unabhängig von physischen Einflüssen. Bewusstlosigkeit, Krämpfe, Zungenbisse traten niemals auf. Es ging ihm wie ein elektrischer Strom durch das Gehirn, alles verschwamm vor den Augen, er sah nur wie durch einen Schleier einen schwarzen Punkt, mit „magischer Gewalt" zog es ihn zu Boden. Er wagte nie allein über Brücken und freie Plätze zu gehen. (Die Gattin des Patienten konnte nichts Bestimmtes über die Anfälle aussagen, da sie sie nur aus den Schilderungen ihres Mannes kannte.)

Nach der sogenannten Verschüttung bot M eine Fülle hysterischer Reaktionen: Schwindelanfälle, Schüttelzittern, Stottern, Platzangst, Pavor nocturnus, Angstträume, Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche und Depressionszustände. Das militärärztliche Gutachten bezeichnet die Beschwerden als psychogene Reaktionen. Nach Dienstentlassung und Rentenbewilligung rasche Besserung!

Nach der kurzen Herrlichkeit in der Münchener Rätezeit war M. arbeitslos. Es störte sein Empfinden nicht, dass er, obwohl er Unterstützung bezog, mit Vorliebe mit Cutaway bekleidet in Weinhäuser ging und sich betrank. Meist wurde er darauf ausgelassen, heiter, dann traurig-weinerlich, selten gewaltätig.

In einer derartigen Weinlaune kam es zu jenem Totschlag, der Anlass zu der ersten Klinikaufnahme wurde. M. handelte nicht, wie er es darzustellen versuchte in Notwehr, sondern er wurde im Handgemenge wie ein wildes Tier. Als der stark betrunkene Angreifer bereits das Lokal verlassen hatte, setzte ihm M. mit blankem Messer nach. Der Täter gab — unter seinen sich dauernd widersprechenden Aussagen — an, er habe plötzlich „eine fürchterliche Angst" bekommen, dass er am ganzen Körper zitterte und dann habe er auf den Gegner losgestochen. Er war angetrunken, aber völlig bei Besinnung. In der Klinik wurden keine wesentlichen neurologischen Syndrome festgestellt. Die subjektiven Beschwerden des Patienten wurden als hysterische erkannt. Es bestanden keine Zeichen einer Lues. Alkoholversuche ergaben eine erhöhte Beeinflussbarkeit durch Alkohol, aber keine Intoleranz.

M. hatte eine langsame und etwas schwerfällige Sprache, die im Affekt stotternd wurde. Psychisch war er völlig orientiert, geordnet, besonnen, seine

Merkfähigkeit war einwandfrei, das Gedächtnis war viel besser als er es selbst bezeichnet hatte, es versagte nur da, wo es ihm dienlich erschien. Im ganzen machte er den Eindruck einer mässigen Durchschnittsbegabung, in ethischer und ästhetischer Beziehung schien er stumpf zu sein. Er hatte eine Fülle hypochondrischer Klagen. Für die Bedeutung des Totschlags hatte er kein tieferes Verständnis, er beteuerte seine Unschuld, weinte kindlich-oberflächlich. Seine Stimmung war gedrückt, jammervoll, nie kam es zu Gereiztheit. Besondere Vorliebe zeigte er für die Kinder auf der Station. Seine politische Orientierung erwies sich als sehr oberflächlich. Er sprach lediglich fremde Schlagworte nach. Seine Politik war urteilsloser Egoismus um Arbeitslohn und Arbeitszeit.

Er zeigte sich sehr bescheiden, fast unterwürfig, unsicher, ohne alle Entschiedenheit, sein Verhalten war sichtbar durch das Bestreben einen möglichst guten Eindruck zu machen, bestimmt.

Das Eheleben des Kranken soll, abgesehen von einigen gegenseitigen Eifersuchtsszenen gut gewesen sein. Zur Frau war er zutraulich, anschmiegsam, liess sich in allem von ihr lenken. Sie schildert ihn als einen von Grund aus gutmütigen, weichen, nie sehr mutigen, ängstlichen Menschen, der äusserst anlehnungsbedürftig, unbeständig und energielos gewesen sei.

Wesentlich war seine Beeinflussbarkeit. Vorstellungen unangenehmer Art beeinträchtigten ihn sehr. Er bekam Angst und Grauen, wenn er in der Zeitung von einem Unglücksfall oder Mord las. Zu Zeiten war er triebhaft unbeherrscht, mehrmals hatte er Gonorrhoe. In den Jahren nach der Revolution war er gereizter, es kam öfters zu ehelichen Schlägereien. Die Frau schickte, wie sie aussagte, den Mann öfters zum Trinken wegen der aufheiternden Wirkung des Weines. M. war zu Hause sehr oft niedergedrückt und er weinte gerne.

Ueber seinen Gefängnisaufenthalt ist nichts Näheres bekannt.

Nach der Strafentlassung war M. gleichmässig niedergedrückt, stumpf; dauernd arbeitslos. Ein Jahr später kam es zur Ehescheidung. Die Gründe sind nicht ersichtlich, angeblich handelten beide Teile nach „gütlicher Vereinbarung". Jedenfalls teilte M. noch zwei Jahre die Wohnung mit der Frau, die sich wieder verheiratet hatte. Sie kamen dabei sehr gut miteinander aus. M. hatte nach der Scheidung noch mehrere Verhältnisse und acquirierte dabei mindestens noch einmal Gonorrhoe. Auffällig wurde er erst, als die Frau vor etwa einem Jahr eine andere Wohnung bezog.

Bei seinem ersten Aufenthalt in der Klinik gab er selbst an, das Bedürfnis zu haben, mehr zu scheinen als er sei. Der Hang zum Uebertreiben zieht sich durch sein ganzes Leben, das oft der Groteske nicht entbehrt. Im Grunde ist er schrankenloser Egoist. Sein Charakter, seine Fähigkeiten sind zu schwach, als dass er sich in seiner übermässigen Beeinflussbarkeit vor anderen behaupten könnte, in Roheitsakten gegen Schwächere verschafft sich sein Machtbedürfnis Geltung. Das Unbeherrschte seines Charakters zeigt sich darin ebenso, wie in der dumpfen Triebgebundenheit seines sexuellen Lebens. Als ein wesentlicher Zug ist die bis in die Kindheit zurückbezeugte Aengstlichkeit und Feigheit zu betrachten. Was das Temperament des Kranken anlangt, so war er früher gleichmässig heiter, etwas launenhaft und immer sehr erregbar. Im gewöhnlichen Leben war er vorwiegend langsam, schwerfällig. Erst durch das Kriegsgeschehen und das offenbar Unbefriedigende seiner Lebensentwicklung veränderte sich M. mehr nach dem Depressiven hin.

M. bot weder bei seiner ersten klinischen Beobachtung, noch während des Strafvollzuges, noch unmittelbar nach seiner Gefängnisentlassung Zeichen einer Psychose. Zwei Jahre vor der Aufnahme nahm seine Gedrücktheit auffallend zu. Er weinte grundlos, seine Aeusserungen wurden gedämpfter und langsamer, es fehlte ihm alle Energie.

Als seine ehemalige Frau aus der Wohnung zog, wurde seine Unselbständigkeit offensichtlich. Hilflos, planlos lief er umher, bis ihn schliesslich seine Schwester aufnahm, er war gleichmässig stumpf, heulte viel, war ungeschickt zu allem. Seine an sich schlechte und stotternde Sprache wurde rasch

ganz unverständlich. 10 Tage vor der Aufnahme stand er ratlos herum, versuchte Fliegen zu fangen. Rascher Verfall.

M. ist ein feiger, suggestibler Mensch, ganz Fassade, mehrfach erblich belastet, zweifellos stark beeinflusst von seiner vagabundierenden Mutter und der Jahrmarktsumwelt seiner Jugend; ein hysterischer Psychopath. Die Paralyse setzt mit gesteigertem depressiven Affekt ein und bewahrt während ihres Verlaufes eine depressive Form. Angst ist das dominierende Grundsymptom für den ganzen Verlauf. Bei der Aufnahme mag manches an Pseudodemenz erinnern. Zunächst bestehen mannigfache psychogene Symptome, im weiteren Verlauf verschwimmen sie immer mehr. M. verfällt in einen Stupor mit katatonen Syndromen, er perseveriert, verbigeriert und halluziniert — was von entscheidender Bedeutung ist, schon vor der Malariaimpfung, die vielleicht einen Einfluss auf die Dauer dieser Erscheinungen haben mag, offenbar aber keine psychoplastische Rolle hat.

Halluzinationen ängstlichen, bedrohenden Inhaltes beherrschen weiterhin das Bild. Perseverationen und Verbigerationen halten an, während sich die autistische Starre allmählich löst. Der Anflug von Gewalttätigkeit beruht auf paranoiden Sensationen. M. ist hilflos wie ein Kind, suggestibel und vor allem äusserst verlangsamt. Der präpsychotischen Willensschwäche entspricht der tiefe Mangel an Selbstbeherrschung. Gefühlserregsamkeit, Willenserregsamkeit und Spontanität sind erloschen. Eine Willensrichtung ist nicht ersichtlich, kümmerlich sind die Reste an persönlichen Interessen.

Interessant ist die Ähnlichkeit mit Sebastian B. (Fall 8): auch dort hochgradige Verlangsamung, depressive, hypochondrische Ideen, pseudodemente Züge und dann Katatonie. In beiden Vorgeschichten Kriegshysterie als wesentlicher Punkt, auch sonst eine gewisse psychische Verwandtschaft.

In beiden Fällen eine bemerkenswerte Bestimmung der Paralyse durch präpsychotische Psyshopathie, ein allmähliches Verblassen der hysterischen Züge und Umwandlung der Persönlichkeit in schizophrene Gestalt.

Wenn man die bisherigen Untersuchungen überschaut, so wird klar, dass in sämtlichen elf Fällen innige Beziehung zwischen ursprünglicher Wesensart und klinischem Bild bestehen. In den Fällen 1, 2, 4, 5, 6, 7 und 10 wird die Erscheinungsform der Paralyse eindeutig von der präpsychotischen Eigenart bestimmt. In den Fällen 3, 8, 9 und 11 sind Beziehungen deutlich, doch findet man nicht eigentlich die Erscheinungsform der Psychose vom Prämorbiden bestimmt, wohl aber erkennt man wesentliche Auflagerungen, deren Auftreten durch die

Erforschung des ursprünglichen Temperaments und Charakters erklärt werden kann: so bei Sch. (3), B. (8), M. (11) die hysterische, bei N. (9) die autistische Komponente. Wesentlich unklarer sind die Beziehungen zum Willensmässigen: sie machen eine Differenzierung im einzelnen notwendig.

Die Willensrichtung ist in den Fällen 2, 3, 4, 6 und 9 deutlich erhalten, die Willensenergie bei 1, 2, 4, 6 und 9; bei den meisten Fällen ist gerade dieses Vermögen und mit ihm die Selbstbeherrschung geschwunden; auch die Willenserregbarkeit ist schwer beeinträchtigt, relativ gut erhalten ist sie bei 1, 2, 4 und 5.

Eine Sonderstellung nehmen B. (8), N. (9) und M. (11) ein. Bei B. und M. erfährt die zu Beginn der Psychose noch sehr deutlich hysterische Persönlichkeit eine Umbiegung in mehr oder minder schizophrenieähnliche, negativistische und katatone Gestalt Der Zusammenhang dieser Metamorphose mit dem präpsychotischen Leben ist unsicher.

Die Fragestellung ist so: Ermöglicht die psychopathische Konstitution diese Besonderheit? Bewirkt sie, bestimmt sie diese Metamorphose? Ist die Metamorphose als Reaktion auf die Therapie aufzufassen? Und endlich wirkt die Konstitution derart bestimmend, dass eben diese Reaktion eintritt?

Vielleicht ist der atypische Verlauf aufzufassen als Summation von Psychopathie + Paralyse + Fiebertherapie. (Bei M. wird man allerdings die Therapie als mitverantwortlichen Faktor ausschliessen dürfen.) Im Sinne dieser Untersuchungen, die den Nachdruck auf das Präpsychotische zu legen haben, muss besonders betont werden, dass es sich in beiden Fällen um ausgesprochene Psychopathen handelt, bei einfacheren, „normalen" Persönlichkeiten fand sich diese Atypie nicht.

Ähnlich liegen die Dinge bei N. (9), allerdings um so viel klarer, als es sich bei ihm wohl um Schizophrenie in der Vorgeschichte handelt Bei N. entsteht eine typisch paranoide Färbung des klinischen Bildes, bei B. und M. liegen der Katatonie ebenfalls paranoide Töne zu Grunde. Man erinnert sich hier lebhaft an Kretschmers Aufstellung zweier Formkreise psychischer Konstitution, in der er alle Qualitäten psychischer Wesensart aufgehen lassen will, man erinnert sich namentlich an Bleuers Reaktionsarten. Bleuer bezieht das Neurotische, das Hysterische und das Paranoide in seinen schizoiden Reaktionstypus ein. Die Hysterie bezeichnet er buchstäblich als eine schizoide Reaktion. —

Weiterhin wurde eine Reihe von Fällen der psychiatrischen Klinik aus den letzten vier Jahren untersucht, wobei das Präpsychotische nachträglich durch Rücksprache mit den Angehörigen erforscht und der weitere Krankheitsverlauf katamnestisch verfolgt wurde. Der Kürze

halber können hier nur 14 Fälle herausgehoben werden. Die Darstellung beschränkt sich auf Skizzierung der Ergebnisse.

12. Joseph B., Gastwirt, geb. 6. 5. 72. Erste Aufnahme: 22. 2. 22.

Ein ausgesprochener Pykniker gesunder Art, der Prototyp des oberbayerischen Gastwirts, der jedenfalls allzeit selbst sein bester Kunde war. Sein Temperament neigt zum Heiteren wie zum Cholerischen. Eine unkomplizierte, syntone Persönlichkeit. Inhaltlich scheint die Psychose wie die Weiterführung des beruflichen Lebens. Lange Zeit bleibt das Persönliche in seinen originellen Umrissen sichtbar; deutlich sind Willensrichtung, Regsamkeit und Energie. In selbstbewusst-überlegener, in gutmütig-ausgelassener und in brummiger Laune bleibt das Wesentliche des Wirts erhalten, die Grössenideen erscheinen oft nur wie starke Prahlereien eines Bezechten, freilich mit vergröberter Enthemmung. Dem hypomanischen, syntonen Alkoholiker der Vorgeschichte entspricht die manische Form der Paralyse.

13. Engelbrecht B., Stadtratsassistent, verh., geb. 4. 3. 83. Erste Aufnahme: 3. 3 23.

Hier handelt es sich um eine ausgeprägt depressive Form der Paralyse. Wesentlich ist das Krankheitsgefühl, eine gewisse Angst vor der Paralyse, ein schlechtes Gewissen; es ist Jahre vorher schon nachzuweisen, dass sich die Persönlichkeit zum Depressiven und Ungeselligen hin verändert. Depressive Reaktionsfähigkeit zeigt B. schon früher bei entsprechenden Anlässen. Erhalten bleibt in der Psychose das Liebenswürdige und Ansprechende seines Temperaments und besonders seine Beeinflussbarkeit, die zum Wesen dieser sensiblen Natur gehört. Aktivität, Energie und Richtung des Willenslebens sind schwach, entsprechend ihrer geringen Ausprägung im gesunden Leben. Bemerkenswert ist das episodische Auftreten von psychogenen Erscheinungen. Offenbar ähnliche Züge werden von Mutter und Schwester berichtet, auch Bewusstseinstrübung aus der Vorgeschichte scheinen hierher zu gehören.

14. Paul Th., Ingenieur, verh., geb. 26. 4. 64. Aufnahme: 26. 3. 24.

Ein unproblematischer, syntoner, harmonischer Mensch mit dem Grundsatz „leben und leben lassen", ein erstaunlicher Alkoholkonsument, ein „Original" — in der Paralyse in einem restlos manischen Zustandsbild. Vielerlei Aehnlichkeit mit Fall 12 (B.). Th. benimmt sich in der Klinik, als ob er einen Biertisch unterhalten würde. Die Persönlichkeit aus dem gesunden Leben erscheint nur vergröbert, die Hemmungslosigkeit ist verstärkt, in der Distanzlosigkeit, im obszönen Behagen und in der Prahlsucht ist der alte Trinker gut erhalten. Spontanität und Willensrichtung sind klar; die Selbstbeherrschung im Gesunden nicht übermässig entwickelt, ist wesentlich gemindert.

15. Mathilde A., Kunstmalersgattin, geb. 5. 5. 95. Aufnahme: 11. 6. 24.

Eine erblich belastete, vielleicht etwas debile, unselbständige, zarte, harmlose Frau biete in der Psychose eine einfach demente oder euphorisch-demente Form. Im Vordergrund steht die Demenz; bemerkenswert ist die Affektlabilität, Suggestibilität, die Armut an Produktion und das primitiv-erotische Gebahren mit dem Eindruck völliger Harmlosigkeit in der Paralyse. Analogien zum unkomplizierten, präpsychotischen Leben. Wesentlich ist der Mangel an Selbstbeherrschung.

16. Marie H., led., Kassierin, geb. 1. 9. 87. Aufnahme: 4. 9. 24.

Die Paralyse scheint hier die ursprüngliche Persönlichkeit in ihr Gegenteil zu verkehren. Sichtbar bleibt in allem ihre Selbständigkeit, ihr Eigensinn und ihre Willensenergie; die Art sich zu geben, der Umgang mit Menschen, das psychische Tempo, die Färbung der Affekte aber, das alles ist umgewandelt. Wesentlich in der präpsychotischen Persönlichkeit war das Verschlossene und Versteckte des Charakters; Hemmungslosigkeit ist der deut-

lichste Ausfluss des paralytischen Prozesses. Es erhebt sich die Frage, wird nun eben das Versteckte und Verschlossene sichtbar, enthüllt sich der wahre Charakter? Bemerkenswert sind die Aussagen der Angehörigen über die Stellungnahme der H. zu Witzen Demnach wäre die plötzlich sichtbar gewordene Lust zu Zoten nichts eigentlich Neues und Artfremdes, eine versteckte Neigung dazu lässt sich nachweisen. Bemerkenswert ist das Fehlen jeglicher Grössenideen, trotz des manischen Zustandsbildes, was aber der gesamten Anlage der Patientin, ihrer intellektuellen und willensmässigen Verfassung entspricht.

17. Ludwig L., led., Mechaniker, geb. 21. 9. 94. Erste Aufnahme: 19. 1. 25.

L. ist ein einfacher wenig differenzierter Durchschnittsmensch, im Lauf seines Lebens scheint er sich langsam zum Stillen und Zurückhaltenden hin zu verändern. Seine Neigung rasch aufzubrausen beherrscht zunächst verstärkt und vergröbert das Krankheitsbild, typisch bleibt das Rasche dieses Affekts und sein unmittelbarer Uebergang ins Gutmütige Willensenergie und Willensrichtung bleiben lange erhalten, ebenso die Spontanität. Bezeichnend für den Mann aus dem Arbeiterstand ist eine gewisse Unterwürfigkeit und gesucht-feine Haltung gegen die Aerzte und Distanzlosigkeit gegen Gleichgestellte. Unter dem Einfluss der Recurrenstherapie nimmt das Eigensinnige des Patienten zu, auffällig ist die plötzliche Wunschsucht, für die aus dem früheren Leben kein Anhaltspunkt besteht Im weiteren Verlauf der Paralyse verändert sich die Persönlichkeit immer mehr, vor allem ihre Spontanität. Der Respekt gegen die Vorgesetzten wird zur schülermässigen Pünktlichkeit, artfremd erscheint die Pedanterie und Schrullenhaftigkeit des Patienten Als ein Neues tritt schliesslich ängstliche Erregung auf. Der Kranke sucht das selbst durch seine paranoide Idee zu erklären, wobei seine Verlegenheit — wie bei den Rechenfehlern — auffällt Ein gewisses Krankheitsgefühl, das ein Jahr später ebenfalls noch bestätigt wird, scheint diesen Mechanismen zu Grunde zu liegen.

18. Adolf Sch., led., Vergolder, geb. 1. 1 89. Erste Aufnahme: 6. 2. 25.

Das klinische Bild ist eindeutig durch die Eigenart der präpsychotischen Persönlichkeit bestimmt. Die wesentlichsten Züge treten in der Paralyse krass zu Tage: Selbstsucht, Aengstlichkeit und eitle Pedanterie Die Spontanität ist entsprechend dem gesunden Leben gering. In der Malariareaktion erscheinen schizoide Züge, nach der Kur ist die ursprüngliche Persönlichkeit gedämpft und verflacht wieder hergestellt.

19. Anton D., verh., geb. 1. 11. 76. Erste Aufnahme: 25. 5. 25.

Der paralytische Prozess beginnt langsam im Verlauf von Jahren, nicht abgrenzbar von nervöser Verstimmung und Aufgeregtheit, er macht einen deutlichen Vorstoss, wie D. bei seiner Geschäftsgründung aus dem Geleise jahrelang gewohnter Tätigkeit gerät, allmählich kommt es zu Erregungszuständen und Angstvorstellungen, die aber schon jetzt mit bemerkenswerter Leichtigkeit abgetan werden. Nach dem Abklingen der Recurrensreaktionen treten paranoide Ideen auf, die das Bild monatelang beherrschen. Zu beachten sind katatone Syndrome akinetischer Art und Zustände plötzlicher, sprunghafter Erregung neben ruhiger Euphorie. Das Mass der Affekte entspricht niemals den ungeheueren Verfolgungsideen des Kranken. D. bewahrt eine unverhältnismässige Selbständigkeit, er bleibt immerhin heiter.

Vordringlich ist die sexuelle Komponente, die sich in wüsten Bildern und groben Beeinträchtigungsvorstellungen auswirkt Später entwickelt sich prahlerisches Selbstgefühl und grenzenloser Grössenwahn.

Die Demenz ist schon bei der Aufnahme schwer. Schliesslich bestehen unvereinbare Gegensätze, paranoide Ideen und Grössenvorstellungen grotesk nebeneinander. Aus der präpsychotischen Persönlichkeit ergibt sich in der Hauptsache nur ein Hang zum Heiteren, Lebhaften, zur Eitelkeit und zu

nervös-ärgerlicher Verstimmung. Es besteht kein Grund zur Annahme einer dystonen Veranlagung. Daraus lässt sich kein Zugang zur Halluzinose finden. Zu beachten ist besonders, dass Beeinträchtigungsvorstellungen schon vor der Therapie, zu Beginn der Paralyse auftreten. Gut lassen sich die hypomanischen Züge, der prahlerische Grössenwahn, die immerhin grundlegende euphorische Haltung, die im Kleinen, wie in der Gesamthaltung des Kranken, in der Stellungnahme zu seinen Ideen zum Ausdruck kommt, aus dem ursprünglichen Temperament ableiten. Der Kranke ist in der Lage, alle Einbusse durch Hypomanie zu kompensieren — Deutlich ist das Zutagetreten der in der Vorgeschichte betonten Eitelkeit

Bei aller Verzerrung ist die Willensenergie und ganz besonders die Willensrichtung erhalten, in seinem Eigensinn, wie in seinem Selbstgefühl; diese Seite der Persönlichkeit behauptet sich unentwegt in allen Wandlungen des Zustandsbildes. Zweifellos besteht mehr Krankheitsgefühl, als D erkennen lassen will, er flunkert gerne, sucht zu täuschen (Dissimilationen), sichere Beweise seiner Selbstbehauptung. Interessant ist die ambivalente Einstellung gegen die Gattin mit dem Nebeneinander selbstgefällig-ritterlicher und grob-sexueller Töne. Auffallend ist die Angst um die Frau

Der vorliegende Fall wirft mancherlei Rätsel auf, ohne Mittel zur Lösung zu geben.

20. Emeran Sch., verh, Schreiner, geb. 29. 3. 89. Aufnahme: 26. 5. 25.

Das Krankheitsbild erhält bei erheblicher Demenz seine Prägung durch depressiven Affekt Sch. war immer ein heiterer Mensch, ein offener Charakter, wenig ichbetont, wenig selbständig, insgesamt synton zu nennen. Bemerkenswert ist ein depressiver Affekt beim Zusammenbruch 1918. Sch. veränderte sich langsam, verlor seine Heiterkeit und offene Art. — (Ob es sich schon damals um eine krankhafte Veränderung oder um eine endogene Umwandlung handelte, kann nicht entschieden werden.) Eine sichere Veränderung besteht erst seit 1923, wahrscheinlich ist, dass der Niedergang des Krieges eine depressive Reaktion bei Sch. auslöste Dass sich Sch. bei Todesfällen ganz ähnlich verhielt, wird von den Angehörigen ausgesagt. Die ursprünglich syntone Persönlichkeit ist unter Verlust ihrer heiteren Komponente zum Depressiven umgestimmt Hand in Hand damit verkümmern Regsamkeit, Willensenergie und Willensrichtung Das Ruhige, Unselbständige, Uneigenwillige seines Charakters bleibt in der Paralyse gut erhalten.

21. Genofeva L, verh, Hausmeisterin, geb. 25. 1. 92. Aufnahme: 4. 6. 25.

Eine resolute Persönlichkeit von hypomanischem Temperament, allzeit ihres unebenen Lebens selbständig und selbstbewusst, gerät mit der beginnenden Paralyse ausser Rand und Band, lässt sich gehen, verfällt ganz dem Alkohol, — schildert dies selbst nicht ohne Humor. Zunächst ist das Zustandsbild von der Alkoholwirkung überlagert, dann bleibt eine schwankende affektlabile Haltung bestehen, bei der besonders die Betonung des persönlichen Willens auffällt, die Kranke sucht sich beständig durchzusetzen, oft mit grosser Unbeherrschtheit und Hartnäckigkeit. Durch die Malariainfektion wird eine erhebliche Umstimmung erzielt: der Verlust dieser schroffen Selbstbehauptung. Weichere Töne, wie sie von den Angehörigen als kennzeichnend für die L. berichtet werden, treten in Erscheinung. Die Bestimmung des klinischen Bildes durch die Eigenart der Kranken aus dem gesunden Leben ist deutlich. Bemerkenswert ist das Fehlen von Grössenideen trotz des hypomanischen Temperamentes der Patientin, was wiederum der relativen Intaktheit der intellektuellen und willensmässigen Seiten der Persönlichkeit entspricht.

22. Hermann W., verh., Ingenieur, freireligiös, geb. 19. 1. 73. Erste Aufnahme: 5. 6. 25.

Hier ist unberechenbare Sprunghaftigkeit das Typische, die Affekte wechseln grotesk von einem Extrem in das andere. Eindrucksvoll ist die ambivalente

Einstellung zur Frau. Schizophrene Züge bestimmen das Krankheitsbild. Nach dem Bericht der Frau liegt zweifellos eine dystone Konstitution vor. Unter den Willenskomponenten behauptet sich lange Zeit geradezu krampfhaft die Willensrichtung. Wesentlich ist der Verlust an Geduld und Selbstbeherrschung.

23. Franz D., verh., Immobilienbüroinhaber, geb. 28. 3. 91. Aufnahme: 3. 7. 25.

D. ist ein zurückgezogener Sonderling, seine Eigenart ist eine autistische Haltung, im Krieg gibt er grobe Beweise seines ängstlichen Charakters: es kommt zu hysterischen Reaktionen.

Die Paralyse trägt schizophrene Züge im einzelnen wie in der Gesamthaltung. Angst ist der Grundton der klinischen Erscheinungen. In grob verzerrter Uebertreibung bleibt die Persönlichkeit erhalten. Besonders stark ist die relative Willenserregbarkeit des Patienten, sein Selbstbehauptungsstreben ist gross. Es ist deutlich, dass die Beeinträchtigungsvorstellungen schon von Anfang an vorherrschen, im Verlauf der Malariakur werden sie nur verdichtet.

24. Friedrich B., verh., Elektromonteur, geb. 4. 3. 88. Aufnahme: 9. 9. 25.

Eindrucksvoll ist die ruhige Klarheit und Einsicht des Patienten bei der Aufnahme, dementsprechend ist die Willensenergie zunächst gut erhalten. Allmählich kommt es zu erhöhter Reizbarkeit und Aergerlichkeit. Das Richtungsstreben, die persönlichen Interessen sind intakt. Erst mit der Malaria treten ausgesprochen misstrauische Töne hervor. Mit dem allmählichen Mangel an Spontanität wächst gleichermassen die Unbeherrschtheit des Patienten. Das für das gesunde Leben typische Klassenbewusstsein tritt unverhüllt zu Tage, erstarrt in Unnahbarkeit.

25. Lorenz K., ledig, Bäcker, geb. 12. 2. 94. Aufnahme: 28. 10. 25.

Alle Wesenszüge dieser eigenartigen, eitlen Persönlichkeit kehren im psychotischen Leben wieder, krass nebeneinander, es tritt nichts Artfremdes hinzu. Eindrucksvoll ist die Stereotypie im Grössenwahn, der sich bis zu grotesker Schönheitskonkurrenz steigert, die Hartnäckigkeit der ichbetonten Willensrichtung, die anhaltende Uebertreibung der Eitelkeit, die brutale Unbeherrschtheit: insgesamt die autistische Grundeinstellung. Bemerkenswert ist die Beziehung zu einem Photographen, und zur Photographie, die ganz unverhältnismässige Dimensionen in der Psychose einnimmt, was wesentlich für die Eitelkeit des Patienten ist.

In den Fällen 12, 13, 14, 15, 18, 21, 22, 23, 24 und 25 wird die Symptomatologie der Paralyse durch die ursprüngliche Persönlichkeit bestimmt. In den Fällen 16, 17, 19 und 20 färben präpsychotische Einflüsse neben anderen Komponenten das klinische Bild. Die Zone des Willensmässigen ist besonders in den Fällen 12, 16, 17, 18, 21 und 24 erhalten; im einzelnen ist die Willensrichtung bei 12, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24 und 25, die Willensenergie bei 12, 16, 17, 18 und 21 relativ intakt. Regsamkeit und Spontanität des Willenslebens sind unregelmässig alteriert. In einzelnen Fällen vollzog sich während ihrer klinischen Beobachtungszeit eine sichtbare Veränderung der willensmässigen Persönlichkeit in Bezug auf ihre Richtung oder Erregbarkeit, in erster Linie jedoch in Bezug auf ihre Energie.

Wiederum steht die Frage der paranoiden Reaktion auf Malaria in Erwägung, besonders bei 19, wo aber schon zu Beginn der Paralyse Beeinträchtigungsgedanken angedeutet sind. Eine vorübergehende schizoide Phase tritt im Anschluss an Malaria bei Sch. (18) auf, zu einer

Fixierung der misstrauischen Gesamthaltung kommt es ebenfalls nach der Therapie bei B (24).

Alkoholeinflüsse bei präpsychotischer Syntonie und pschotischer Manie sind in den Fällen 12, 14 und 21 zu erkennen.

Es wäre verlockend die thematische Fragestellung auf Persönlichkeiten anzuwenden, deren Lebensgeschichte öffentliches Interesse beansprucht, auf geniale Paralytiker.

Eine derartige Betrachtungsweise wurde versucht bei Lenau, Leuthold, Hugo Wolf und Nietzsche.

In der Paralyse Lenaus findet sich eine extreme manisch-depressive Komponente neben psychogenen Zügen in Analogie zur präpsychotischen Persönlichkeit.

Entsprechend den ausgesprochen dystonen Zügen im Leben Leutholds und ebenso Hugo Wolfs hat die Psychose beider ein vorwiegend autistisch-schizophrenes Erscheinungsbild. Schwieriger liegen die Dinge bei Nietzsche. Freilich lässt sich hier die Sicherheit der Diagnose gegenüber einer Lues cerebri nicht beweisen.

Bei grösster Vorsicht gegenüber dem biographischen und ganz besonders dem pathographischen Material wären Untersuchungen dieser Art, die hier der Raum verbietet, wünschenswert.

Wenn man sich zusammenfassend über die klinischen Untersuchungen Rechenschaft gibt, muss man zunächst bekennen, dass es nicht in allen Fällen gelang, bis zur angestrebten Klarheit vorzudringen.

Die überwiegende Mehrzahl der Fälle, besonders all derer, bei denen eine ausführliche Vorgeschichte zu erlangen war, berechtigte die Feststellung folgender Ergebnisse:

Es besteht eine gesetzmässige Beziehung zwischen der präpsychotischen Persönlichkeit und dem klinischen Bild der Paralyse der Art, dass die individuelle Verlaufsform in den meisten Fällen durch die Temperamentsveranlagung der Kranken bestimmt wird, dass also Menschen, die mehr nach den Syntonen ausschlagen ein manisch-depressives, Menschen mit ausgesprochen dystoner Reaktionsart ein vorwiegend dystones Bild bieten und dass darüber hinaus bei allen Fällen wesentliche Züge aus der Vorgeschichte verdeutlicht und vergröbert als Randsymptome dem psychischen Zerfall Farbe geben. Die Wirkung der Paralyse ist in der Richtung in erster Linie eine enthemmende, jedenfalls tritt nichts Artfremdes als aktives psychisches Symptom in Erscheinung. In vielen ausgeprägten Fällen lässt sich aus der klinischen Eigenart treffend auf die ursprüngliche Persönlichkeit zurückschliessen.

Meist kommt es — neben Fällen, bei denen sich der Jahre währende allmähliche Übergang der Beobachtung entzieht — im Beginn der Erkrankung zu einer auffallenden Alteration: auch hier wieder je nach Stimmungsveranlagung und psychischem Tempo — Neurasthenie oder Depression, maniakalische Hast oder ängstliche Verlangsamung. Auf der Höhe der Erkrankungen tritt bei verschiedengradig fortgesetzter Demenz das ursprüngliche Temperament deutlicher zu Tage. Es ist klar,

dass eine Untersuchung des Endogenen in den ersten Monaten besonders fruchtbar ist; Beobachtungen alter Fälle werden vielleicht andere Ergebnisse liefern. Zu einer Beurteilung des Charakteriologischen, der persönlichen Willensveranlagung in ihrer Bedeutung für das klinische Bild der Paralyse, liegen die Dinge wesentlich unklarer.

Einfach eine Veränderung oder ein Erhaltenbleiben des Willensmässigen ist nicht zu konstatieren, die Ergebnisse lassen sich nicht ohne Zwang in eine einfache Formel fügen, man gewinnt vielmehr den Eindruck als ob es sich hier um uneinheitliche Eigenschaften handelte, als ob das Willensmässige sowohl Komponenten hätte, die zum Charakter als auch zum Temperament gehören. Dies legte den Versuch nahe, sich gewisse Einteilungen der Klagesschen Charakteriologie zunutze zu machen und nach seinen Gseichtspunkten das Krankenmaterial zu betrachten.

Dabei fällt auf, dass in der Regel Hand in Hand mit dem intellektuellen Abbau auch die Fähigkeit zu Willensentschliessungen, besonders die Fähigkeit der Selbtbeherrschung verloren geht. Wo sich die Willensenergie wesentlich erhält, bei willensstarken Menschen syntoner wie dystoner Art, bleiben auch die sonstigen geistigen Fähigkeiten relativ wenig angegriffen.

Der Teil des Willenslebens, den wir im Temperament vor uns haben, kommt als Willenserregbarkeit, vor allem als Spontanität und Regsamkeit zutage. Wenn man auch sagen kann, dass der Stimmungsteil des Temperamentes häufig das paralytische Bild färbt, wenn weiter die von der Stimmung abhängige Willenserregbarkeit jedenfalls der präpsychotischen Persönlichkeit ähnelt, so ist doch die Spontanität meist herabgemindert, wenn nicht erloschen.

Etwas einheitlicher scheinen die Resultate in Bezug auf die Willensrichtung zu sein. In den meisten Fällen bleiben wesentliche Strebungen aus der Gesundheit deutlich sichtbar, gelegentlich bleiben einzelne Triebfedern und Interessen erhalten, gelegentlich ändert sich die Persönlichkeit auch in dieser Beziehung.

Nun ist allerdings nicht gesagt, dass sich bei jedem Menschen die Willensrichtung in der präpsychotischen Persönlichkeit so widerspiegelt, wie sie tatsächlich ist: man darf nicht meinen, dass jeder in den seinen Interessen genehmen Beruf gekommen ist, und so besteht die Möglichkeit, dass man sich über die präpsychotische Persönlichkeit in dieser Beziehung leicht täuscht und die scheinbare Änderung in der Paralyse wäre dann nichts anderes als ein infolge mangelnder Selbstbeherrschung entstandenes offenes Erscheinen der eigentlichen Willensrichtung. Dafür würde sprechen, dass bei syntonen Menschen, die sich

erfahrungsgemäss nicht so gut zu beherrschen verstehen wie die Dystonen, die Übereinstimmung zwischen Paralyse und prämorbider Persönlichkeit einheitlicher ist.

Ob dem Krankheitsgefühl bei allen Paralysen diese dominierende Rolle zukommt, wie Schilder (40), Hollós und Ferrenczi (18) behaupten, bleibt fraglich. Das sorgsam versteckte, aber dennoch nachweisbare Krankheitsbewusstsein, das namentlich Ferrenczi betont, wurde in meheren Fällen beobachtet Eindrucksvoll war die eigentümlich energische oder verletzte und dabei ängstliche, Art mit der einige Paralytiker die Frage, ob sie krank seien verneinten, eindrucksvoll ist es, wenn Kranke inmitten ihres Grössenwahns und ihrer Gesundheitsprahlerei erklären, sie müssten heim, nächste Angehörige seien todkrank, eine Seuche sei ausgebrochen, in den Goldbergwerken sei die Pest, oder wenn Primitivere über Darmbeschwerden oder Hämorrhoiden klagen, andere über plötzliche Veränderung der Pupillen oder über Erblindung. Zweifelslos sind diese Aussagen als Projektionen versteckten Krankheitsgefühles aufzufassen. Die von Schilder und den beiden ungarischen Autoren an Hand von wenigen Fällen (die darum sehr ausgewählt erscheinen), propagierte Bedeutung der Sexualität konnte in dieser Verallgemeinerung nicht bestätigt werden. Überall wo ausgeprägt sexuelle Ideen in den Vordergrund der Erscheinungen traten, handelte es sich um Menschen, bei denen die Sexualität schon in der Vorgeschichte eine vordringliche Rolle spielte: auch hier eine sinnfällige Analogie.

Die den klinischen Untersuchungen zu Grunde liegende Fragestellung stösst an eine Reihe weiterer Probleme, die in ihrer Wechselwirkung auf das Thema nicht ausser acht gelassen werden dürfen. Es sei noch kurz auf die Frage nach der Bedeutung des Grössenwahnes, der Halluzinationen und der katatonen Symptome eingegangen.

Für die Entstehung von Grössenideen macht Kauffmann 22) Organgefühle, Weichbrodt 46) die Toxinwirkung der Spirochaeten, Kornfeld und Bickeles eine „Störung in der Beurteilung der Korrelation“ verantwortlich. Die beiden letzten Autoren bemerken, dass Grössenwahnbildungen besonders da vorkommen, wo „die Anamnese eine gewisse Lebhaftigkeit des Strebens und eine geistige Regsamkeit“ ergibt. Seelert 43) sieht die Ursache neben dem intellektuellen Defektzustand in der „manisch gehobener Stimmung“.

Ferrenczi 18) hält den Grössenwahn für einen „Triumph über die melancholische Trauer“ — die er wenigstens rudimentär bei allen Paralysen annimmt —, nach seiner Auffassung kommt es „zur Sequestration von Teilen des geistigen Ich“, was „mit Hilfe der Regression auf frühere Stufen der Ichentwicklung“ geschieht.

Aehnlich bezeichnet Schilder 39) die Entstehung von Grössenwahn als eine „Reaktion auf die Gefährdung der Werte“, wie er auch die paralytische Manie als eine reaktiv entstandene auffassen will. Schilder berichtet von der „scheuen Verlegenheit“, mit der manche gebesserte Paralytiker im Stadium wiedererlangter Kritikfähigkeit ihren Grössenideen gegenüber stehen.

Auch solches wurde an Fällen der Münchener Klinik beobachtet. Die Tatsache, dass Grössenwahn auch neben hypochondrischen Sensationen und paranoiden Ideen vorkommt, erschwert eine psychologische Erklärung dieses Symptoms ungemein.

In den meisten Fällen bestätigte sich die Annahme einer grundlegenden hypomanischen Komponente im gesunden Leben. Hiezu kommt noch ein besonderer Verlust an intellektuellen Fähigkeiten, dem besondere Einbusse an Willensenergie und somit an Selbstbeherrschung entspricht.

Fruchtbarer ist die Untersuchung der Art und des Inhaltes der Grössenideen bei den verschiedenen Kranken: hier ergibt sich je nach der Phantasie, nach der Weite des Intellekts, wie der individuellen Interessen, nach alkoholischer Beeinflussung und persönlichem Temperament eine gesetzmässige Beziehung zum Präpsychotischen.

Strittiger noch ist die Frage nach der Bedeutung der katatonen Symptone.

Naecke 28) sieht darin einen „rudimentären paralytischen Anfall". Schneider 41) sucht die Grundlage in Bewusstseinstrübungen, Schröder 42) hält für wesentlich den Zusammenhang mit abnormen hypochondrischen Organgefühlen, Maeltzer 30) fand katatone Syndrome bei Paralysen mit annormal langer Dauer, Haefner 14) nimmt einen weitgehenden psychischen Verfall als grundlegend an, er beobachtet Katatonien namentlich im Endstadium der Paralyse.

Diesen Autoren steht die Ansicht Bleulers gegenüber.

Bleuler 2) denkt vor allem an die Möglichkeit einer Schizophrenie oder schizophrener Disposition bei der katatoniformen Abart der Paralyse.

Einige Fälle der vorliegenden Untersuchung weisen ebenfalls in diese Richtung.

Das Auftreten von Halluzinationen bei der Paralyse nehmen Bause und Roderburg 1) für ein Zeichen psychopathischer Konstitution. In mehreren Fällen ergab sich Beziehungen zu dystoner Veranlagung.

Plaut 35) fand Halluzinosen sehr oft bei Lues cerebri, äusserst selten aber bei der Paralyse.

Jakob und Kafka 20) beobachteten Halluzinosen und paranoide Wahnideen bei Paralysen im Anschluss an länger bestehende Tabes. Ein besonderes Problem wird durch das Auftreten von Halluzinationen und paranoiden Wahnideen im Anschluss an die Malariatherapie aufgeworfen. Man muss vorübergehende Halluzinosen und paranoide Episoden deliranter Art unter der direkten Malariawirkung von jenen Zuständen unterscheiden, die erst nach der Entfieberung einsetzen und dann stationär bleiben.

Handelt es sich hier um Menschen mit Vorbildung einer derartigen Reaktionsmöglichkeit etwa um eine latente paranoide Veranlagung oder ist hier das endogene Moment bedeutungslos? Handelt es sich um eine direkte Reaktion oder um eine Kombination verschiedener Faktoren?

Die Fälle der Münchener Klinik geben keine Lösung.

Gerade hier sind weitere ins einzeln gehende Untersuchungen notwendig; vielleicht kann eine gründlichere Erforschung des Präpsychotischen dennoch Klarheit schaffen.

Die Frage nach den Beziehungen der ursprünglichen Veranlagung zur Klinik der Paralyse kann nicht behandelt werden ohne innigste Verknüpfung mit zahlreichen anderen Problemen, aus der Kompliziertheit der Verhältnisse lässt sich niemals ein engbegrenztes Stück gesondert herausschälen.

Es ist müssig auf den Streit einzugehen, ob die Paralyse eine „Hirnkrankheit“ oder eine „Geisteskrankheit“ ist.

Die psychologische Wertung der Paralyse ist hinter anatomischen, serologischen, bakteriologischen und schliesslich immunbiologischen Problemen zurückgestellt worden. Ihre Berechtigung ist offenbar. Jenseits des Nachweises der Liquorreaktionen und der „beruhigenden“ Diagnose progressive Paralyse gibt es noch viele vorwurfsvolle Rätsel.

Klarheit zu suchen ist die Aufgabe weiterer Forschung.

Herrn Geheimrat Professor Dr. Bumke ist der Verfasser für die Überlassung des klinischen Materials zu Dank verpflichtet.

Herzlichen Dank sagt er Herrn Professor Dr. Bostroem, Oberarzt der Klinik, für seine liebenswürdige Anregung und Förderung.

Literaturnachweis.

1. Bause und Roderburg, Bemerkungen über die progressive Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Halluzinationen. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 25, S. 99. 1914.
2. Bleuler E., Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1916.
3. Bleuler E., Zur Theorie des schizophrenen Negativismus. Psychisch-neurol. Wochenschrift 1910/11, N. 18. 20. 21.
4. Bleuler E., Die Ambivalenz. Universität Zürich, Festgabe 1914, III, S. 93.
5. Bleuler E., Die Probleme der Schizoidie und der Syntonie. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 78, S. 373. 1922.
6. Bostroem A., Krankhafte Persönlichkeitsveränderungen. Münchener mediz. Wochenschrift 1924. N. 34. S. 1135.
7. Bostroem A., Zur Frage des Schizoids. Archiv für Psychiatrie und Nervkr. 77, Heft 1, 1926.
8. Bumke O., Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 2. Aufl. München 1924.
9. Dettenhoff Th., Ueber die schizoide Konstitution. Monatsschrift für Psychologie und Neurologie 55, S. 229. 1924.
10. Dreyfus S., Welche Rolle spielt die Endogenese in der Aetiologie der progressiven Paralyse? Allgem. Zeitschrift für Psych. u. gerichtl. Med. 63. S. 627. 1907.
11. Ewald G., Temperament und Charakter. Berlin 1924.
12. Fauser, Endogene Symptomenkomplexe bei exogenen Krankheitsformen. Allgem. Zeitschrift 62, S. 165. 1905.
13. Gerstmann J., Zur Frage der Umwandlung des klinischen Bildes der Paralyse in eine halluzinatorische-paranoide Erscheinungsform im Gefolge der Malariabehandlung. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 93, S. 200. 1924.
14. Haefner W., Katatone Symptome bei progressiver Paralyse. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. 68. S. 160, 1921.
15. Herzig E., Paralyse und Krieg. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 55. S. 148. 1920.
16. Hoche A., Dementia paralytica. Aschaffenburgs Handbuch. Leipzig, Wien (Deutike) 1912.
17. Hoffmann H., Das Problem des Charakteraufbaus. Berlin (Springer) 1926.
18. Hollós St. und Ferenczi S., Zur Psychoanalyse der paralytischen Geistesstörung. Leipzig, Wien, Zürich, Int. psychal. Verl. 1922.
19. Jahnel F., Das Problem der progressiven Paralyse. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psych. 76, S. 166 1922.
20. Jakob A. und Kafka V., Die atypische Paralyse. Med. Klinik Nr. 44. S. 1123. 1920.

21. Kalb W., Beiträge zur Belastungsfrage bei der Paralyse. Z. f. d. g. N. u. P. 34. S. 391. 1916.
22. Kauffmann M., Zur Pathologie der Grössenideen. Allgem. Zeitschr. f. P. u. gerichtl. Med. 65, 2. S. 272 1908.
23. Kehrer F. und Kretschmer E., Die Veranlagung zu seelischen Störungen. Monograph. aus d. Gesamtgebiet d. Neur. und Psych. Berlin (Springer) 1924.
24. Klages L., Die Grundlagen der Charakterkunde. Vierte Auflage der Prinzipien der Charakteriologie. Leipz. (Barth) 1926.
25. Kollmeier W., Krieg und progressive Paralyse. Arch. f. Psych. u. N. 62, 1. S. 92. 1920.
26. Kornfeld S. und Bickeles G., Ueber die Genese und die patholog.-anatom. Grundlage des Grössenwahnes bei der prog. Paralyse. Allg. Zeitschr. 49. S. 337. 1893.
27. Kretschmer E., Körperbau und Charakter. Berlin (Springer) 1921.
28. Naecke P., Erblichkeit und Prädisposition resp. Degeneration bei der progressiven Paralyse der Irren. Arch. f. P. u. N. 57. 1917.
29. Neisser C., Individualität und Psychose. Berl. klin. Woch. 45/47. 1906.
30. Maeltzer G., Zur katatonen Form der progressiven Paralyse. Arch. f. P. u. N. 57, 2. S. 365. 1917.
31. Mayer-Gross W., Bemerkungen zur psychiatr. Charakterkunde. Z. f. d. g. N. u. P. 89. 1924.
32. Meggendorfer F., Die Disposition zur Paralyse. Med. Klinik 1920. Nr. 12. S. 305.
33. Meggendorfer F., Über die Rolle der Erblichkeit bei der Paralyse. Z. f. d. g. N. u. P. 65. S. 18. 1921.
34. Pernet J., Ueber die Bedeutung von Erblichkeit und Vorgeschichte für das klinische Bild der progressiven Paralyse. Berlin (Karger) 1917.
35. Plauf F., Ueber Halluzinose der Syphilitiker. Monograph. aus d. Ges. d. N. u. P. Berlin (Springer) 1913. H. 6.
36. Pönitz K., Paralyseprobleme. Münch. med. Woch. Nr. 23, S. 729. 1923.
37. Raecke, Die Lehre von der progressiven Paralyse im Lichte neuerer Forschungsergebnisse. Arch. f. P. u. N. 56, 2. S. 713. 1916.
38. Scharnke A., Aetiologie der progressiven Paralyse. Arch. f. P. u .N. 62. 3. S. 766. 1921.
39. Schilder P., Bemerkungen über die Psychologie des paralytischen Grössenwahnes. Z. f. d. g. N. u. P. 74. S. 1. 1922.
40. Schilder P., Zur Psychologie der progressiven Paralyse. Z. f. d. g. N. u. P. 95. S. 613. 1925.
41. Schneider K., Über Wesen und Bedeutung der katatonen Symptome. Z. f. d. g. N. u. P. 22. S. 486. 1914.
42. Schröder P., Katatone Zustände bei der progressiven Paralyse. Monatsschrift f. P. u. N. 40,1. S. 30. 1916.
43. Seelert H., Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptomenbild und der Pathogenese von Psychosen. Berlin (Karger) 1919.

44. Sichel M., Die progressive Paralyse bei den Juden. Arch. f. P. u. M. 52, 3. S. 1030.
45. Sichel M., Die Paralyse der Juden in sexuologischer Beleuchtung. Zeitschrift für Sexualwissenschaften. VI,3. 1919.
46. Weichbrodt R., Über die Entstehung von Grössenideen. Arch. f. P. u. N. 57.1. S. 204. 1917.

Zur Paralyse der Genialen:

47. Vorberg G., Zusammenbruch. N. Lenau, Fr. Nietzsche, Guy de Maupassant Hugo Wolf. München, Ver. d. ärztl. R. (Gmelin) 1922.
48. Vorberg G., Zusammenbruch. Heinrich Leuthold, Alfred Rethel, Vincent van Gogh. München, Ver. d. ärztl. R. (Gmelin) 1923.
49. Meckel H., Lenau. Allg. Zeit. 7. S. 614. 1850.
50. Schurz A. X., Lenaus Leben. Lit. Verl. Wien. 1913.
51. Lauchenauer E., Heinrich Leutholds Leben. Inaug.-Diss. Zürich. 1922.
52. „Hugo Wolf", Eine Persönlichkeit in Briefen, Familienbriefe. Herausg. von E. von Hellmer. Leipzig. 1912.
53. „Hugo Wolf", Briefe an Rosa Mayreder. Herausg. von H. Werner. Rikola-Verlag. 1921.
54. Morold M., Hugo Wolf. Leipzig (Breitkopf und Härtl). 1922.
55. Förster-Nietzsche, Elisabeth, Der einsame Nietsche. Alfr. Kröner Verl. Leipzig. 1914.
56. „Friedrich Nietzsches Briefwechsel mit Franz Overbeck". Herausg. von R. Oehler und C. A. Bernoulli. Inselverl. Leipzig. 1916.
57. Heckel K., Nietzsche. Sein Leben und seine Lehre. Leipzig (Reclam). 1922.
58. Möbius P. J., Nietzsche. Verl. Bergmann. 1902.
59. Hildebrandt K., Der Beginn von Nietzsches Geisteskrankheit. Z. f. d. g. N. u. P. 89. S. 283. 1920.
60. Müller A., Bismarck, Nietzsche, Scheffel, Mörike. Der Einfluss nervöser Zustände auf ihr Leben und Schaffen. Vier Krankheitgeschichten. Bonn (Marcus und Weber). 1921.